

Okanogan County Child Development Association

127 Juniper Street North
Omak, WA 98841

Phone: 509.826.2466
Fax: 509.826.3829



Estamos muy emocionados de que esté interesado en nuestros programas de Aprendizaje Temprano. Okanogan County Child Development Association brinda servicios para mujeres embarazadas y niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. En OCCDA, nuestro objetivo es brindar educación para la primera infancia y servicios integrales de calidad basados en la prevención para niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y sus familias para el beneficio de la comunidad. Servimos a familias en todo el condado de Okanogan y residentes de Bridgeport, Wa.

Todas las familias son elegibles y se les anima a solicitar nuestros programas y todos los programas son SIN COSTO. Se da prioridad a las familias con mayor necesidad, como las familias sin hogar, los niños de crianza temporal, los niños con discapacidades y las familias de bajos ingresos.

Con su solicitud completa, incluye los siguientes documentos:

- Comprobante de edad del niño o fecha estimada de parto para futuras madres
- Todos los ingresos familiares del año calendario anterior o de los últimos 12 meses

Puede enviar su solicitud en uno de nuestros centros o en nuestra oficina principal. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, llame al (509) 826-2466

Main Office

127 N Juniper
Omak, WA 98841

Okanogan HS

1240 S 2nd
Okanogan, WA

Oroville EHS/RHV

33436 US 97
Oroville, WA

Brewster EHS/RHV/HS

601 West Cliff
Brewster, WA

Omak EHS/RHV/HS

631 W Ridge Dr
Omak, WA

Tonasket HS/ECEAP

114 Locust St
Tonasket, WA

Bridgeport EHS

1440 Columbia Ave
Bridgeport, WA

Oroville HS/ECEAP

1114 Main St.
Oroville, WA

Tonasket EHS

6th W 5th St
Tonasket, WA

Methow Valley HS

18 Twin Lakes Rd.
Winthrop WA 98862

¡Esperamos trabajar con usted y su familia!

Atentamente,

ERSEA Team (509)-826-2466 Ext. 217, 214



Estoy interesado en los siguientes programas de OCCDA (seleccione todas las que correspondan)

Edades Prenatal/Nac. a 3 Años: Rural Home Visiting Early Head Start

Edades 3-5 Años: Head Start ECEAP

SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> PRENATAL				
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	GÉNERO	FECHA DE NAC.	FECHA ESTIMADA DEL PARTO
		<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Embra		
RAZA		HISPANO O ORIGEN LATINO	PREVIAMENTE INSCRITO EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INFANTIL	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Negarse a contestar		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
SEGURO DE SALUD PRIMARIA		MÉDICO PRIMARIO/CLÍNICA		
SEGURO DENTAL		CLÍNICA DENTAL/DENTISTA		

ADULTO PRIMARIO: RELACIÓN CON EL NIÑO: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO			
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	
RAZA	HISPANO O ORIGEN LATINO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS?	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Negarse a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NIVEL DE EDUCACIÓN (el grado más alto que completó)	ESTADO DE EMPLEO	RELACIÓN DEL NIÑO	SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:
<input type="checkbox"/> Grado 12 o menos <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Alguna Unvd./Entren. Técnico	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajo Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Biológica, Adoptada, Hijastro/a <input type="checkbox"/> Nieta/o <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Hijo Adoptivo	CUSTODIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			

ADULTO SECUNDARIO: RELACIÓN CON EL NIÑO: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO			
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	
RAZA	HISPANO O ORIGEN LATINO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS?	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Negarse a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NIVEL DE EDUCACIÓN (el grado más alto que completó)	ESTADO DE EMPLEO	RELACIÓN DEL NIÑO	MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:
<input type="checkbox"/> Grado 12 o menos <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Alguna Unvd./Entren. Técnico	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajo Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Biológica, Adoptada, Hijastro/a <input type="checkbox"/> Nieta/o <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Hijo Adoptivo	CUSTODIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			

INFORMACIÓN FAMILIAR						
DIRECCIÓN FÍSICA:		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
¿ LA DIRECCIÓN DE CORREO ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN FÍSICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
DIRECCIÓN DE CORREO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO(S) DE TELÉFONO	TIPO (SELECCIONE UNO)	NOTAS (EXTENSIÓN, MEJOR HORA PARA LLAMAR)		¿OPTA POR MENSAJES DE TEXTO?		
	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO _____			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO _____			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
IDIOMA PRINCIPAL EN CASA	FAMILIA SIN HOGAR	SIN HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	REFERIDA POR LA AGENCIA DE BIENESTAR INFANTIL	RECIBIENDO SNAP	WIC	TANF
<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PASADO
¿TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN/LUCHA POR USTED MISMO Y/O MIEMBROS DE SU FAMILIA? <u>SI ES SÍ MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:</u>						
<input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SALUD <input type="checkbox"/> INMIGRACIÓN <input type="checkbox"/> INVOLUCRAMIENTO DE CPS (ACTUAL/PASADO) <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD/INCAPAZ DE TRABAJAR <input type="checkbox"/> TRABAJO/EMPLEO <input type="checkbox"/> DIFICULTADES APRENDIENDO <input type="checkbox"/> ASUNTOS LEGALES <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> PADRES ENCARCELADAS <input type="checkbox"/> VIOLENCIA FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE DROGAS/ALCOHOL <input type="checkbox"/> POCO O NINGÚN APOYO DE LA FAMILIA O AMIGOS <input type="checkbox"/> NECESIDADES BÁSICAS (COMIDA O VIVIENDA) <input type="checkbox"/> SALUD MENTAL/ENFERMEDAD/ DEPRESIÓN POSPARTO <input type="checkbox"/> EMBARAZO/ALTO RIESGO/EMBARAZO ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> PADRES POR PRIMERA VEZ						
¿SU FAMILIA RECIBE UN SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿SE HA MUDADO SU FAMILIA PARA TRABAJAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	¿ALGUIEN EN EL HOGAR FUMA o VAPEAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ESTÁ SU HIJA ACTUALMENTE EN CUIDADO INFANTIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE PROVEEDOR: _____ DIRECCIÓN: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____			
¿ES AL MENOS UNO DE LOS PADRES/GUARDIÁN UN MIEMBRO ACTIVO DE LAS FUERZAS ARMADAS O VETERANO MILITAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

He respondido todas las preguntas con sinceridad y a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información que he proporcionado es confidencial y no se compartirá sin mi permiso. Si corresponde, doy permiso a OCCDA para que se comunique con DSHS y que DSHS divulgue la cantidad de beneficios de TANF que estoy recibiendo. También autorizo a OCCDA a verificar el estado de vacunación de mi hijo con el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Washington, anteriormente Child Profile.

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardián: _____

OCCDA no discrimina basándose en raza, credo, religión, estado social, orientación sexual, origen nacional, género, edad o discapacidad mental/sensorial/física.

Nino/a/CP# _____

CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL	MARQUE UNO	
	SÍ	NO
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo un IEP o IFSP? Si marcó sí, indique el proveedor/distrito escolar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo alguna dificultad de aprendizaje o sospecha un retraso en el desarrollo?		
Problemas de audición: ¿Su hijo parece favorecer un oído sobre el otro? ¿Su hijo parece oír si usted habla en un susurro, su hijo habla en voz alta o le hace repetir lo mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla/Lenguaje: ¿Su hijo habla tan bien como otros niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión: ¿Su hijo parece tener dificultad para ver cosas lejanas, usa anteojos, tiene los ojos hacia adentro o hacia afuera, o entrecierra los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas o preocupaciones de salud física del niño? Alimentación, Condiciones Comportamiento, Condiciones Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo toma medicamentos para una afección que pone en peligro su vida? Asma, Diabetes, Problemas de Corazón, Convulsiones, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tu hijo tiene alguna alergia? Comida, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo usa algún medicamento para problemas de alergia? Epi-Pen, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dental: ¿Ha tenido su hijo alguna vez un examen dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo nació prematuro (37 semanas o menos) con un peso al nacer de 5.5 libras o menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo ha sido expulsado de otro programa debido a problemas de conducta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna preocupación por su hijo debido a su comportamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo ha sufrido abuso o negligencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Firma de Personal

Fecha