

2020-2021 Solicitud para Prairie Five Head Start/Early Head Start

Gracias por su reciente interés en nuestros Programas de Prairie Five Head Start y Early Head Start. Head Start y Early Head Start proveen educación preescolar gratuitamente a niños que califican. Además, también brindamos servicios prenatales y postnatales a mujeres embarazadas. Para calificar para los servicios de Head Start su hijo tiene que tener 3 o 4 años en o antes del primer día de septiembre del año de la solicitud. Si un niño cumple 3 años durante el año escolar del programa, está elegible para hacer solicitud, pero necesita cumplir 3 años antes de inscribirse en una clase. Los ingresos familiares no deben superar los ingresos enumerados a continuación en los Pautas Federales de Ingresos. Sin embargo, todavía podríamos recibir su solicitud y considerar la solicitud de inscripción de su niño aunque usted no reúna estos requisitos de ingresos porque tenemos unas posiciones limitadas en las clases para los con ingresos más que las pautas federales.

2020-2021 Pautas de Ingresos (antes de impuestos)	
Tamaño de familia	Ingresos anuales
2	\$22,412
3	\$28,236
4	\$34,060
5	\$39,884
6	\$45,708
7	\$51,532
8	\$57,356
*Añada \$4,480 para cada miembro de la familia más de 8	

Opciones de ubicación de centros de Head Start:

- Appleton ● Benson ● Canby ● Clinton
- Granite Falls ● KMS ● Madison
- Montevideo

Como hacer solicitud para Head Start/Early Head Start

Favor de leer esta solicitud cuidadosamente y llenarla de manera completa y con exactitud y proporcionarnos con la información siguiente:

- ✓ **Información general:** La información que usted nos proporciona va a servirnos para determinar la elegibilidad de su niño para Head Start o Early Head Start y nos ayudará priorizar su solicitud. Tenemos que poder estar en contacto con usted para inscribir a su niño. Si usted cambie de dirección o de número de teléfono después de llenar esta solicitud, favor de avisarnos.
- ✓ **Ingresos:** Tiene que informarnos de todos los ingresos familiares durante los últimos 12 meses o año natural. Vea por favor ejemplos en la página 5.

Vamos a pedirle para esta información adicional

- ✓ Cualquier documento de custodia/planes para ser padre/órdenes de protección
- ✓ Examen de niño bien que previo al primer día de escuela que debe incluir:
 - Un chequeo total físico
 - Un estudio de sangre para detectar plomo y el nivel de hemoglobina
 - Una lectura de presión arterial
 - Un registro actualizado de vacunas. Su hijo tiene que tener por lo mínimo una de cada vacuna para poder asistir: **DTap** (difteria, el tétanos, y la tos ferina), **PV** (vacuna anti poliomielítica), **MMR** (vacuna triple viral-sarampión, paperas, rubéola), **Varicella** (varicela), **Hib** (haimophilus influenzae tipo b), **Hep A** (hepatitis A), and **Hep B** (hepatitis B).
- ✓ Examen dental que antes del primer día de escuela (si no puede completar este requisito antes del primer día de escuela, por favor contacte con nuestro coordinador de salud).

Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, favor de llamarnos a 1-800-443-4283 o 320-598-3118

¿Qué pasa después?

Cuando recibimos su solicitud completa, con comprobante de ingresos, vamos a leer su solicitud y programar una cita en persona o por teléfono con usted para verificar la información de su solicitud. Todos solicitantes son colocados en una lista de espera. Cuando hay un espacio disponible para su niño, vamos a estar en contacto con usted y decirle el próximo paso. Nuestros programas no funcionan con prioridad a la orden de llegada de solicitudes. Cuando hay espacio disponible en la opción que usted pidió, vamos a considerar todos los solicitantes en la lista de espera.

Maneras de entregar esta solicitud:		
Por correo: Prairie Five Head Start P.O Box 166 Madison, MN 56256	<input type="radio"/>	Entregar en persona: a su oficina local de Prairie Five o a un Centro de Head Start
	<input type="radio"/>	Por fax: 844-273-2299

Para más información sobre Prairie Five Head Start/Early Head Start, favor de visitar los siguientes sitios:
 Prairie Five Head Start and Early Head Start Facebook page, www.prairiefive.org o www.parentaware.org

¿Cómo oyó de Prairie Five Head Start? familia recurrente familia/amigo periódico Facebook
 radio sitio de red de Prairie Five otro: _____

Solicitante (niño haciendo solicitud para servicios) ¿Ha este niño participado en Head Start o Early Head Start antes? <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start						
Nombre		Segundo nombre		Apellido	Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de seguro social (REQUERIDO)						
Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico				Idioma principal <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> otro	Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estatus de la custodia del niño (*Tiene que incluir los documentos legales del trabajador social, papeles de la corte, u otros documentos según proceda)						
<input type="checkbox"/> los dos padres <input type="checkbox"/> solamente la madre <input type="checkbox"/> solamente el padre <input type="checkbox"/> tutela designada por padre/madre* <input type="checkbox"/> hogar de guarda* <input type="checkbox"/> custodia por orden de la corte/departamento de servicios humanos* <input type="checkbox"/> otro _____						
Padre/tutor 1 (principal) ¿Vive con la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre		Segundo nombre		Apellido		
Fecha de nacimiento / /		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social (REQUERIDO)		Estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> separado	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico			Grado más alto completado <input type="checkbox"/> graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> diploma de GED <input type="checkbox"/> grado 9 o menos <input type="checkbox"/> grado 10 <input type="checkbox"/> grado 11 <input type="checkbox"/> no tiene educación <input type="checkbox"/> grado de asociado <input type="checkbox"/> grado de licenciatura <input type="checkbox"/> maestría			
Estado actual de empleo <input type="checkbox"/> de jornada completa <input type="checkbox"/> trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> trabajo temporal <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> jubilado/discapacitado		Actualmente matriculado en una escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación al niño <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> padre de crianza <input type="checkbox"/> tío/tía <input type="checkbox"/> otro: _____		Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presta apoyo financiero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Horario de trabajo/clases típico: <input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> miér <input type="checkbox"/> jue <input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> sáb <input type="checkbox"/> dom Horas normales en trabajo/clases: _____						
Padre/tutor 2 (Secundario) ¿Vive con la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre		Segundo nombre		Apellido		
Fecha de nacimiento / /		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social (REQUERIDO)		Estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> separado	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> indígena americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> raza negra/afroamericano <input type="checkbox"/> multirracial/de dos razas <input type="checkbox"/> nativo de Hawái/otra isla del Pacífico			Grado más alto completado <input type="checkbox"/> graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> diploma de GED <input type="checkbox"/> grado 9 o menos <input type="checkbox"/> grado 10 <input type="checkbox"/> grado 11 <input type="checkbox"/> no tiene educación <input type="checkbox"/> grado de asociado <input type="checkbox"/> grado de licenciatura <input type="checkbox"/> maestría			
Estado actual de empleo <input type="checkbox"/> de jornada completa <input type="checkbox"/> trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> trabajo temporal <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> jubilado/discapacitado		Actualmente matriculado en una escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación al niño <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> padre de crianza <input type="checkbox"/> tío/tía <input type="checkbox"/> otro: _____		Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presta apoyo financiero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Horario de trabajo/clases típico: <input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> miér <input type="checkbox"/> jue <input type="checkbox"/> vie <input type="checkbox"/> sáb <input type="checkbox"/> dom Horas normales en trabajo/clases: _____						
Miembros adicionales del hogar o de la familia que viven con el niño (No escribe Solicitante, Padre 1 y Padre 2)						
Para solicitantes de Early Head Start solamente: ¿Está embarazada la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, la fecha prevista de parto: _____						
Nombre y Apellido		Fecha de nacimiento / /	Número de seguro social (REQUERIDO)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						Relación al niño

Información de la familia					
Dirección donde viven		Apt o Lote #	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (Si es diferente de donde viven)		Apt o Lote #	Ciudad	Estado	Código postal
Adulto principal	Número de celular _____ - _____ - _____ Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____				
Dirección de correo electrónico: _____					
Doy mi permiso para el personal de estar en contacto conmigo por: <input type="checkbox"/> mensaje de texto <input type="checkbox"/> correo electrónico					
Adulto secundario	Número de celular _____ - _____ - _____ Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____				
Dirección de correo electrónico: _____					
Doy mi permiso para el personal de estar en contacto conmigo por: <input type="checkbox"/> mensaje de texto <input type="checkbox"/> correo electrónico					
¿Familia sin hogar?	¿Familia de personal militar activo?	¿Veterano militar?	¿Referido por una agencia del bienestar infantil?	¿Recibe SNAP?	¿Recibe WIC?
<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
Health & Wellness					
Nombre de la clínica médica principal del niño		Número de teléfono de la clínica médica	Nombre del consultorio dental principal del niño		Número de teléfono del consultorio dental
Seguro médico del niño: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Blue Plus <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico			Seguro dental del niño: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Blue Plus <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> No tiene seguro dental		
¿Tiene su niño algunas condiciones médicas crónicas actuales? (Ejemplos: convulsiones, diabetes, asma, problemas de corazón, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, favor de anotarlas a continuación: _____ _____	
¿Tiene su niño algunos problemas de desarrollo o de salud? (Ejemplos: problemas de habla, sociales, emocionales, de la visión, comportamiento)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, favor de anotarlos a continuación: _____ _____	
¿Tiene usted preocupaciones sobre el desarrollo físico, mental o emocional de su niño?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, favor de anotarlas a continuación: _____ _____	
¿Tiene su niño un IEP o IFSP actual o activo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, ¿quién le da servicios al niño? _____ ¿Cuál es la discapacidad principal o área de necesidad especial? _____ ¿Tiene su niño otras discapacidades o áreas de necesidad especial? _____	
¿Tiene su niño alergias a alguna comida o medicina? <i>*Si su niño tiene alergias conocidas usted tiene que proporcionar un formulario de alergias para documentarlas de su médico*</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, favor de anotarlas a continuación: _____ _____	
¿Le preocupa celebrar un día o día festivo especial o si su hijo come ciertos alimentos debido a creencias religiosas o étnicas?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, favor de anotarlas a continuación: _____ _____	
¿Cuál es su fuente principal de agua?			<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Pozo privado <input type="checkbox"/> Agua rural <input type="checkbox"/> Desconocido		
¿Recibe su niño fluoruro de cualquier de estas fuentes?:			<input type="checkbox"/> Tabletas <input type="checkbox"/> Gotas <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Pasta dental <input type="checkbox"/> Enjuague bucal <input type="checkbox"/> Tratamiento tópico por dentista		
En caso de emergencia, escribe los nombres de dos contactos locales del área si los padres no están disponibles. Tiene que dar los nombres de dos personas que no son padres del niño.					
*Contactos # 1 y #2 también deben poder recoger a su hijo y estar en el formulario de Seguridad Infantil que se completará con el maestro de la clase.					
	Nombre	Dirección	Número de teléfono	Relación al niño	
Contacto #1					
Contacto #2					

Verificación de ingresos
Favor de marcar todas las opciones que se apliquen

- Salario/sueldo Pensión alimenticia Manutención infantil Asistencia general Compensación por desempleo
TANF (MFIP-S) Asistencia de cuidado de niños Subsidio Cuidado tutelar (Tiene que tener la verificación del condado)
Asistencia de energía Beneficios de veteranos No ingresos Asistencia para vivienda SSI (Discapacidad)
Seguro social (Jubilado) Trabajador autónomo

Favor de adjuntar cualquier de los siguientes documentos que usted haya recibido para el año natural anterior o durante los 12 meses pasados, lo que refleja mejor la situación actual de su familia. Su solicitud no es completa sin verificación de ingresos y su niño no puede estar en nuestra lista de espera sin la verificación de ingresos.

- ✓ Tax return (el formulario de impuestos)/ W-2 Forms(formulario W-2) del año pasado completado y firmado (1040, 1040A)
- ✓ Pay stubs (talón de pago) (Tiene que dar los del año hasta esta fecha)
- ✓ TANF Award letter (Declaración de TANF)
- ✓ SSI Award letter (Carta de beneficios de SSI)
- ✓ Unemployment statement (declaración de desempleo)
- ✓ Child support (información de manutención infantil)
- ✓ Student grant award letter (Carta de beca de estudiante)
- ✓ Employer letter stating total gross earnings for past 12 months (declaración del empleador con total de ingresos brutos de los últimos 12 meses)
- ✓ Foster Placement Form (Formulario de colocación de guarda)
- ✓ Adoption Stipend (Estipendio de adopción)
- ✓ General Assistance Letter (Carta de apoyo general)

Usted va a tener que llenar nuestro formulario de "auto declaración de no ingresos" si su familia no tiene ingresos.

¡PRUEBA DE INGRESOS TIENE QUE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD!

Doy mi permiso a Prairie Five Head Start a verificar mis ingresos y cualquier documento relacionado con mi elegibilidad.
A mi mejor saber y entender, la información que yo he proporcionado es correcta y verdadera.

(Firma de padre/tutor)

(Fecha)

Uso de la oficina	Date Application Received:	Gross Annual Income:	Income Source:	Date Verified:	Number in household:
This family is: <input type="checkbox"/> Income Eligible <100% <input type="checkbox"/> TANF (MFIP) <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> <101-130% <input type="checkbox"/> Over Income					Date entered into ChildPlus:
ERSEA Signature:					Date:

Cuestionario de vivienda para familias/niños en Head Start

Favor de contestar las preguntas a continuación que mejor describen a la situación de vivienda de su familia. El propósito de esta información es asegurar los derechos de su niño por la Acta McKinney Vento Assistance.

¿Vive usted o su familia en alguna de estas situaciones? (Favor de marcar todos que se apliquen)

- En un refugio (de familia, de violencia doméstica, para jóvenes o de alojamiento temporal)
 - ¿En qué refugio está quedando? _____
 - ¿Podemos llamar para confirmar esto? ___ Sí ___ No
- En un motel, hotel, o vivienda pagada semanalmente
- En casa con amigos o parientes porque no puede encontrar con una vivienda propia o no puede pagarla
 - ¿Por cuánto tiempo ha estado allí? _____
 - ¿Por qué está quedando allí? ¿Por qué se mudó hasta allí?

 - ¿Por cuánto tiempo puede quedar allí? _____
- En un edificio abandonado, en un coche, trailer, campamento, lugar público, u otro alojamiento inadecuado
 - Favor de describir el lugar donde está viviendo _____
- En la calle
- Esperando cuidados adoptivos
- Con amigos o parientes porque usted es un menor no acompañado
- Vive con un adulto que no es un padre o tutor legal del niño
- Ninguna opción aplica

Favor de escribir los nombres de niños que “carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada.”

Nombre	Nombre del niño(s) Segundo nombre	Apellido	Niño/niña	Fecha de nacimiento

Los niños (el niño) nombrados califican por el Programa del Estado de Head Start y deben recibir los derechos mencionados abajo.

Basado en el (acta) McKinney Vento Homeless Education Assistance Act, sus niños tienen el derecho a:

- Ser considerado elegibles para participar en Programas de Head Start si familias/niños se definen como “sin hogar”.
- Inscribirse en el programa sin dar una dirección permanente y asistir a programas mientras la agencia hace arreglos para tener copias de los archivos de vacunas u otros documentos requeridos para inscripción.
- Recibir los mismos programas y servicios especiales, si sean necesarios, que son proporcionados a todos los otros niños servidos por Programas del Estado de Head Start.
- Tener disputas de inscripción rápidamente atendidas.

Firma de padre/tutor

Fecha

Esta información es confidencial y se conservará solamente durante este año escolar.

Para solicitantes de programas de Prairie Five CAC, Inc.

El propósito de esta información es explicarle a usted sus derechos y responsabilidades. También dice lo que usted debe hacer si usted tiene problemas algunos.

Sus derechos de privacidad: Información proporcionada

¿Por qué necesita Prairie Five esta información?

- Para decidir si usted pueda recibir servicio o ayuda
- Para informarnos cuanta ayuda debemos darle

¿Qué pasa si yo no doy a Prairie Five todos los hechos?

- Podría ser que no vaya a poder recibir servicio o ayuda

¿Quién más va a ver esta información?

- Podemos compartir esta información con:
 - Agencias locales y estatales de bienestar
 - Organizaciones comunitarias
 - Agencias de servicios humanos locales y estatales, públicas y privadas
 - El Departamento de Minnesota de Trabajos y Capacitación (Minnesota Department of Jobs and Training)
 - El Departamento de Trabajo de Los Estados Unidos (United States Department of Labor)
 - El Departamento de Salud y Servicios Humanos EEUU (United States Department of Health and Human Services)
 - Programas de educación del estado y locales (lo permitido por la ley)
- Esta información podría ser usado por investigaciones, procedimientos experimentales, o actividades de relaciones públicas

¿Por cuánto tiempo guarda esta información Prairie Five?

- Guardamos su archivo por el tiempo permitido por la ley

¿Puedo ver a mi archivo?

- Usted puede ver todo en su archivo.

¿Qué sucede si creo que los hechos en mi archivo no son correctos o si deseo obtener más información sobre mis derechos de privacidad?

- Hable con el Director de Head Start sobre lo que cree que está mal en su archivo o para obtener información adicional.

¿Qué sucede si yo proporciono información falsa?

- Si usted proporciona información falsa en cualquier de estos formularios y sabe que es falsa, podemos demandarlo con cargos de fraude. La agencia puede investigar toda la información que usted proporciona. La única manera que la agencia puede obtener información es con un formulario de consentimiento firmado. Si usted no firma un formulario de consentimiento, podría ser que no pueda recibir servicio o ayuda.

Para más información sobre derechos, favor de leer Minnesota Statutes Chapter 13.04, Rights of subjects of data.

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído, entendido y que estoy de acuerdo con estos términos.

Firma de padre/tutor

Fecha

De ser solicitado, esta solicitud está disponible en otros formatos alternativos como braille, letra grande, etc.

Autorización

Nombre legal completo del niño: _____

*Le doy permiso a Prairie Five Head Start para liberar y obtener información de lo siguiente:
(Por favor, inicialice lo siguiente)*

- _____ 1. Distrito escolar; examen preescolar que exige el estado de Minnesota
- _____ 2. Distrito escolar; Servicios de educación especial (si corresponde)
- _____ 3. Campo de Salud Pública
- _____ 4. Consultas médicas y dentales con respecto a los registros que se requieren para la inscripción
- _____ 5. Gran Minnesota u Western Mental Health Services (servicio de salud mental)
- _____ 6. Servicios para la familia (indique el condado y el trabajador social): _____
- _____ 7. Servicios de alcance de Prairie Five (vivienda, asistencia energética, alimentos, ropa, etc.)
- _____ 8. Otro (por favor listar): _____

*Le doy permiso a mi hijo para participar en lo siguiente:
(Por favor, inicialice lo siguiente)*

- _____ 1. Cualquier evaluación preescolar incompleta, como audición, visión, ESI-R / DIAL que exige el estado de Minnesota
- _____ 2. Estar presente en el aula mientras un profesional de salud mental brinda apoyo docente
- _____ 3 **Requisitos físicos del programa** (altura, peso, temperatura)
 - * **Medidor de cinta para altura, balanza digital para peso, termómetro para temperatura**
- _____ 4. Pinchazo en el dedo, si no se encontró registro previo de prueba de plomo
 - * **Si no tiene sus iniciales, Prairie Five Head Start Health Coordinator se comunicará con usted con respecto a acciones alternativas**
- _____ 5. Primeros auxilios y / o RCP por personal certificado si es necesario
 - * **Si no tiene sus iniciales, Prairie Five Head Start Health Coordinator se comunicará con usted con respecto a acciones alternativas**
- _____ 6. Llamar a 911 en situación potencialmente mortal como vías respiratorias, respiración, circulación, y/o complicaciones de alteración de nivel de conciencia
 - * **Si no tiene sus iniciales, Prairie Five Head Start Health Coordinator se comunicará con usted con respecto a acciones alternativas**
- _____ 7. Puede tomarse fotos y videos mientras participa en el programa que se puede usar para la documentación
- _____ 8. Puede tener fotos publicadas en los periódicos locales
- _____ 9. Puede tener fotos publicadas en los boletines del aula / programa

****Fotos o videos podrían ser producidos por los distritos escolares. Favor de estar en contacto con el distrito escolar para negar permiso de publicar. ****

Este permiso es solamente para este año escolar actual de participación en el Programa de Head Start y va a necesitar una firma cada año.

Firma de padre/tutor

Fecha

Reviewed by (Office Staff)

Date

FORMULARIO DE PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN QUE LE IDENTIFICA PERSONALMENTE

Los estándares de desempeño del Programa de Head Start (45 C.F.R. §1301 *et seq.*) les otorga ciertos derechos a padres/tutores legales respecto a la privacidad de y el acceso a los archivos de su niño(a). De conformidad con los estándares de desempeño del Programa de Head Start Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start tiene prohibido divulgar la Información Que Le Identifica Personalmente (PII) de los archivos de su niño(a) a ciertas partes afueras como el nombre del niño(a), información sobre él/ella que le identifica, y la información de evaluaciones, salud, u otro información del record del niño(a). Los padres/tutores legales pueden escoger completar y presentar este formulario Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start para permitir divulgar los archivos de su niño(a) a determinadas terceras partes. **Usted puede dar este consentimiento de manera voluntaria y no es requerido.** Por favor, tenga en cuenta que este formulario autoriza a Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start a divulgar los archivos del niño(a) a terceras partes, pero no obliga a Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start hacerlo. Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start se reserva el derecho de revisar y responder a pedidos de divulgación de información de archivos de niño(a) caso por caso. Para más información, vea el Manual para Padres de Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start (**Parent Handbook**) en www.prairiefive.org

Nombre completo legal del niño(a): _____

SECCIÓN A.- TIPOS DE ARCHIVOS DE NIÑO(A) AUTORIZADOS PARA DIVULGAR:

Yo, _____, el padre/tutor legal del niño(a) nombrado arriba, por lo presente pido que copias de los siguientes archivos sean divulgados

Toda la documentación listada a continuación:

- Información académica** (inscripción, estado de inscripción, demografía, registros de asistencia, estado de residencia, dirección postal, objetivos académicos y actualizaciones del progreso, resúmenes de la evaluación, e información de exámenes) Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start no puede divulgar evaluaciones realizadas por agencias externas como IEP/IFSP.
- Información de elegibilidad** (todos los documentos proporcionados a Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start usados para determinar la elegibilidad del niño(a) para Head Start/Early Head Start)
- Información de salud** (formularios médicos, apuntes médicos, apuntes del médico, apuntes de enfermera, información de salud personal como diagnóstico, planes de dieta, administración de medicamento)
- Apoyos individualizados** (informes de incidentes/heridas, planes de comportamiento, ASQ:SE)
- Otro** (Favor de especificar) _____

SECCIÓN B. – RAZÓN POR DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS:

La razón para la divulgación de los archivos es: ***Esto le permite a Head Start transferir documentos a su distrito escolar.***

SECCIÓN C. – PERSONA(S)/ORGANIZACIONES A QUIÉNES PUEDEN RECIBIR ACCESO A LOS ARCHIVOS DEL NIÑO(A) COMO PADRE SIN CUSTODIA, PROVEEDORES MÉDICOS/DENTALES, SERVICIOS DE LA FAMILIA, Y GREATER MINNESOTA (servicio de salud mental). Por favor escriba el nombre del distrito escolar a continuación

Nombre de persona/organización a quién puede recibir acceso a los archivos

Nombre de persona/organización a quién puede recibir acceso a los archivos

Dirección de la persona/organización a quién puede recibir acceso a los archivos

Dirección de la persona/organización a quién puede recibir acceso a los archivos

Relación al niño(a)

Relación al niño(a)

SECCIÓN D. - CERTIFICACIÓN:

Tengo entendido que (1) yo tengo el derecho de no dar consentimiento para divulgar los archivos de mi niño(a), (2) yo doy este consentimiento por voluntad propia, (3) yo tengo el derecho de inspeccionar todos los archivos divulgados de conformidad con este consentimiento (Consent), y (4) esta autorización permanecerá vigente a menos que yo lo revoque este consentimiento por llenar uno nuevo de estos formularios de consentimiento con la sección de 'Revocación del consentimiento' (la sección e abajo) llenada, y la revocación está recibido y procesado por Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

**** REVOCACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO, TIENE QUE SER LLENADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL EN CASO DE QUE ÉL/ELLA ESCOJA REVOCAR SU CONSENTIMIENTO DE DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS DEL NIÑO(A). ****

SECCIÓN E. – REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo por la presente revoco el consentimiento otorgado arriba. (No vale si Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start no reciba este firmado). Tengo entendido que acciones emprendidas por Prairie Five C.A.C. Head Start/Early Head Start con respecto a la divulgación de los archivos de mi niño(a) antes de recibir y procesar esta revocación no pueden ser revocadas ni cambiadas.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Child Enrollment Form—Standard Child and Adult Care Food Program

Dear Parents,

Your child care center participates in the United States Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). This child care center receives federal cash assistance to serve healthy meals to your children. Good nutrition today means a stronger tomorrow! Meals served here must meet nutrition requirements established by USDA's CACFP. In order to participate, your center has agreed to follow USDA guidelines. In an effort to assess that these requirements are being met, USDA's CACFP requires centers to annually collect the enrollment information listed below. Please complete the form and return it to your child care center.

Name of the Child Care Center: _____

Beginning Date of Child Care: _____

Child's First Name _____	Child's Last Name _____	Child's Date of Birth _____
Enter the normal hours your child is in care. For example, 7:30 AM – 5:00 PM or for a split schedule, 7:30 AM – 9:00 AM and 12:30 PM – 5:00 PM.		
Check the days your child normally attends: <input type="checkbox"/> Sunday <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday		
Check the meals your child normally receives while in care: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Night Snack		

Beginning Date of Child Care: _____

Child's First Name _____	Child's Last Name _____	Child's Date of Birth _____
Enter the normal hours your child is in care. For example, 7:30 AM – 5:00 PM or for a split schedule, 7:30 AM – 9:00 AM and 12:30 PM – 5:00 PM.		
Check the days your child normally attends: <input type="checkbox"/> Sunday <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday		
Check the meals your child normally receives while in care: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Night Snack		

If there are other children in care, please complete additional forms as needed.

Parent's Signature

Date Signed (form must be completed annually)

Parent's Name (please print): _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

For questions please contact:

Sponsoring Organization:

[insert Name, Address, Phone]

State Contact Information:

Minnesota Department of Education- Food and Nutrition Service
1500 Highway 36 West, Roseville, MN 55113
651-582-8526 or 1-800-368-8922 - mde.fns@state.mn.us

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) [found online](#) at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 832-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) Mail:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; or
- (3) Email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.