

Early Head Start

El programa de Early Head Start (EHS) sirve a bebés y niños pequeños menos de 3 años y mujeres embarazadas. EHS provee servicios intensivos, promoviendo el desarrollo infantil y apoyo familiar para bebés, niños pequeños, mujeres embarazadas y sus familias.

EHS provee servicios centrados en la familia. Estos programas son diseñados para promover el desarrollo de los niños y capacitar a los padres para que realicen su papel como padres y avancen hacia la autosuficiencia.

El programa provee servicios similares a los programas Preescolares de Head Start pero es diseñado para las necesidades únicas de los bebés y niños pequeños. EHS promueve el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los bebés y niños pequeños. Esto prepara a los niños para crecimiento y desarrollo continuo y el futuro éxito en la escuela y la vida.

Siguiendo el modelo de Head Start, este programa apoya a los padres en su papel primario como maestro y cuidador de sus hijos. El programa le ayuda a las familias a cumplir con sus propias metas y alcanzar la autosuficiencia sobre una variedad de campos, como estabilidad del hogar, educación continua y seguridad financiero.

EHS también moviliza a la comunidad a proveer los recursos y el ambiente necesario para asegurar servicios completos, integrados con servicios y apoyo para los niños y sus familias.

Servicios Basados en Casa

En nuestro distrito proveemos servicios de EHS en casa. Maestras visitan el hogar una vez a la semana y trabajan con los padres y sus hijos. Juntos, la maestra y los padres, observan y piensan sobre el niño/a. Planean maneras para ayudar al niño/a utilizando interacciones con los padres, rutinas diarias y materiales en el hogar. Un grupo pequeño de niños, sus padres y la maestra se reúne una vez al mes para socializar.



Para aplicar para el programa de EARLY HEAD START necesitara proveer los siguientes documentos:

- Actas de Nacimiento **de TODOS los niños menores de 18 años.**
- Tarjeta de Vacunas. Examen físico y prueba del examen de tuberculosis (***se requiere antes de matriculación.***)
- Comprobante del embarazo
- Comprobante de **TODO** el ingreso familiar
 - Total de ingresos de _____ a _____
- Talones de cheques consecutivos* (últimos 2 meses) * ***Talones de cheques consecutivos: si recibe cheque cada dos semanas o 2 veces al mes necesita 4 talones; si recibe cheque cada semana necesita 8 talones***
 - Declaración de impuestos del 2017 (Income Taxes)/W-2/1099
 - Pasaporte a Servicios (Passport to Services) para los ultimos 12 meses (si recibe CalWORKs)
 - Registro de pagos de manutencion (Child Support)
 - Documentación de ingresos del Seguro Social (SSI/SSDI/SSDC)
 - Desempleo/Incapacidad talones/carta de aprobación
 - Otro _____
- Padres que se declaran Solteros deben proporcionar prueba de ser soltero/a
 - Ejemplos: documentos legales de Divorcio o Separación, o
 - Documentos de manutención (Child Support)
 - Documentos de la corte
- Comprobante de Domicilio (por ejemplo una factura de un servicio de utilidad)

Puede entregar su aplicación de Lunes a Viernes, entre 7:30 A.M. a 4:15 P.M.

Nuestro domicilio es:
150 District Center Drive
Palm Springs

Nuestro número de teléfono es
(760) 883-2703

Y Oprima # para español después oprima la Opción 1 para Aprendizaje Estudiantil y oprima la Opción 1 una vez mas para Educación a Temprana Edad

Nuestro correo electrónico es: ece@psusd.us

Distrito Escolar Unificado de Palm Springs
Educación a Temprana Edad

Office use only:
CP ID: _____
Input: _____

SOLICITUD PARA EARLY HEAD START

INFORMACION DEL SOLICITANTE (niño/a o mujer embarazada) Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza Circule uno: Americano nativo Asiático Negro Multirracial Isleño pacifico Blanco Otro ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Idioma Primario		Segundo Idioma	

Cuantos padres: (circule uno) Uno Dos Padre Temporal Tutor **Número de niños en su familia:** _____
Si es mujer embarazada, ¿Cuántas semanas de embarazo? _____

Dirección donde vive Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	Dirección para el correo (si es diferente) Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
---	---

PADRE DE FAMILIA/TUTOR PRINCIPAL (QUE VIVE EN EL HOGAR)

Primer nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Americano nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco		Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Idioma Primario
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Menos del Grado 9 <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Grado 10		Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por Temporada <input type="checkbox"/> Retirado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado	Relación al Niño/a <input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Tutor temporal <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección de correo electrónico	Numero de teléfono de casa	Numero de teléfono celular Autoriza mensaje de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

PADRE DE FAMILIA SECUNDARIO (QUE VIVE EN EL HOGAR)

Primer nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Americano nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco		Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Idioma Primario
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Menos del Grado 9 <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Grado 10		Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por Temporada <input type="checkbox"/> Retirado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado	Relación al Niño/a <input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Tutor temporal <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección de correo electrónico	Numero de teléfono de casa	Número de teléfono celular Autoriza mensaje de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombres de otros niños que son mantenidos por los padres de familia

Primer nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación al niño inscrito
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	

Contactos de emergencia:

Nombre	Numero de Teléfono	Relación al niño/a

Por favor conteste las siguientes preguntas para poder entender mejor sus necesidades:

- ¿Recibe asistencia monetaria del gobierno? (CalWORKs/Cash Aid) Sí No
- ¿Están recibiendo SNAP/Cal-Fresh/Estampillas de comida? Sí No
- ¿Están recibiendo WIC? Sí No
- ¿Tiene un caso abierto con CPS? Sí No
- ¿Padre y/o la madre encarcelados? Sí No ¿Padres desahuciados? Sí No
- ¿Recibe ingreso del Seguro Social? Sí No ____ SSI ____ SSDI ____ SSA
- ¿Hay algún pariente en el hogar con una discapacidad permanente? Sí No
- ¿Tiene su niño una discapacidad/necesidad especial? Si No
Si la respuesta es si, ¿tiene el niño/a un IFSP actual? Sí No
- ¿Su hijo/a tiene una condición especial de salud médica o alergias? Si Describa: _____ No
- ¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño/a? (marque los que aplican)
 Medi-Cal IEHP Molina Kaiser Otro _____ Niño/a no tiene seguro medico
- ¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? Sí No
Si la respuesta es sí, favor de describir su situación actual: _____
- ¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna información es falsa, yo entiendo que mi participación en los programas de esta agencia será cancelada y estoy sujeto/a a acción legal. También entiendo que la información que esta solicitud contiene es estrictamente confidencial y será usada solo dentro de la agencia y esta accesible para mí durante horas laborales.

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALM SPRINGS
EDUCACION A TEMPRANA EDAD**

Permiso Para Dar Información

Yo doy permiso al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, Programas de Educación a Temprana Edad, de verificar cualquier información utilizada para determinar la elegibilidad familiar durante el tiempo que este inscrito(a) en el Programa de Educación a Temprana Edad.

Yo autorizo el compartir de información entre agencias para verificar mis ingresos, elegibilidad y necesidad de los servicios de guardería y/o los servicios de apoyo. Agencias que pueden ser contactadas incluyen, pero no son limitados a, el Departamento de Servicios Sociales Públicos, y la Oficina de Licenciamiento Comunitario, el Departamento de Servicios de Apoyo Infantil, sitios/escuelas de entrenamiento, agencias de servicios sociales, doctor familiar, refugios de emergencia, y/o empleadores.

Yo doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, Programas de Educación a Temprana Edad provea a otras agencias patrocinadas públicamente, cualquier información de elegibilidad necesitada para asegurar el uso de fondos Estatales/Federales.

Yo entiendo que si mi familia resulta no ser elegible para los servicios del desarrollo infantil o si la información proveída durante el tiempo que mi familia esta inscrita se encuentra ser falsa, yo seré responsable de devolver el dinero al Distrito Escolar de Palm Springs, Programas de Educación a Temprana Edad por los servicios recibidos.

- Familia con un padre/madre
- Familia con dos padres de familia

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Nombre en letra de molde (padre/tutor 1) Firma Fecha

Nombre en letra de molde (padre/tutor 2) Firma Fecha

Blank