

RECAP Head Start

Main Office
96 North Beacon Street
Middletown, NY 10940
(845) 343-4191
(845) 956-1271 Fax
Heather Decker, Director



240 Midland Lake Road
Middletown, NY 10941
(845) 692-6567
(845) 692-6585 Fax

56-58 Church Street
Port Jervis, NY 12771
(845) 856-6821
(845) 858-8176 Fax

Estimado padre o tutor:

Gracias por su interés en nuestro programa. Estamos encantados de proporcionarle una solicitud de inscripción a nuestro programa de Head Start.

Para poder determinar su elegibilidad, necesitamos recibir la siguiente información tan pronto como sea posible:

- **Aplicación** – *(completado y firmado)*
- **Prueba de la edad del niño** *(Como Acta de Nacimiento u otro documento con nombre y fecha de nacimiento)*
El niño debe tener entre 3 y 5 años de edad.
- **Prueba del ingreso total del hogar los padres / tutor(es) legal del niño:** *(Todos los documentos que apliquen) Total de Ingresos brutos; Declaración(es) de W-2, formularios de impuestos 1040 firmado; 12 meses de talones de pago; TANF/carta de asistencia pública; Ingreso del seguro social(Todo tip); verificación de desempleo/compensación de trabajo; Manutención de menores;*

Si su familia esta desamparada o su hijo(a) es un niño adoptado temporalmente: *Prueba de carencia de hogar o prueba de cuidado de crianza.*

Si su hijo ha sido diagnosticado con discapacidad:

Someter el Plan de educación Individualizado (IEP) actual ; Plan de servicio de familia individual (IFSP) o información reciente sobre las necesidades especiales.

Estos documentos deben presentarse a nosotros antes de que su aplicación pueda ser procesada. Por favor, envíe copias solamente. Si usted no puede proporcionar copias, el personal del programa puede hacer copias para usted.

Aceptación en el programa está determinada por Ingresos, Edad y necesidad prioridad usando un sistema de puntos. Se le notificará del estatus de la aplicación de su hijo(a) tan pronto como sea posible.

Esperamos recibir su solicitud de Head Start. Si necesita ayuda o aclaración sobre el proceso de inscripción, por favor llame al 845-343-4191 para Middletown/Scotchtown o 845-856-6821 para Port Jervis.

Sinceramente,

Heather Decker
Directora



FID: _____ PID: _____

APLICACION DE MATRICULACION RECAP HEAD START

240 Midland Lake Road
Middletown, NY 10941
845-692-6567 Fax 845-692-6585

96 North Beacon Street
Middletown, NY 10940
845-343-4191 Fax 845-956-1271

56-58 Church Street
Port Jervis, NY 12771
(845) 856-6821 (845) 858-8176 Fax

INFORMACION DEMOGRAFICA BASICA:

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Niño Niña
Nombre Apellido

Dirección: _____
Calle Numero de apartamento (Si aplica) Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de casa #: _____ # de Celular: _____ Otro: _____

Etnicidad (Marque solo uno): Origen Hispano/Latino Origen No Hispano/Latino

Raza (Marque todo lo que aplique)

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Nativo hawaiano/isleño del Pacífico
 Blanco Hispano/Latino Birracial/Multirracial Otro

Lenguaje(s) primario hablado en casa: _____

¿Que Bien habla Inglés el niño?

Muy Bien Bien No Muy Bien Nada

¿Que Bien habla inglés la familia?

Muy Bien Bien No Muy Bien Nada

¿Su hijo(a) ha sido matriculado anteriormente en Early Head Start/Head Start? Sí No

¿Su hijo(a) ha aplicado o estuvo en la lista de espera anteriormente? Sí No

Actualmente tienes un niño matriculado en Head Start? Si No

NECESIDADES ESPECIALES:

¿Su hijo(a) tiene alguna incapacidad? Si No

¿Si la respuesta es si, tiene su hijo un plan de educación individual? Si No

¿Que tipo que incapacidad tiene su hijo(a)? _____

¿Tiene alguna otra preocupación acerca de la salud or desarrollo de su hijo(a)? Si No

Describe preocupaciones: _____

OTRA INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Con el fin de determinar si su ingreso familiar está en o por debajo del nivel federal de pobreza, debemos saber cuántas personas viven en su hogar, así como sus ingresos familiares. Para nuestros propósitos , una familia es " todas las personas que viven en la misma casa que son" ... (1) mantenidos por el ingreso del padre(s) o tutor(es) del niño inscribiéndose en el programa , y (2) relacionado con el/los padre(s) por sangre, matrimonio o adopción (3) cuidador autorizado del niño o persona con autoridad legal " . (Normas de desempeño 45 CFR 1305.2)

¿Cuantas personas hay en la familia? _____ Por favor anote todas las personas en la familia mantenidos por el ingreso de padre/guardián

Nombre y Apellido	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento	Trabajando (Si o No) (Tiempo completo o medio tiempo)	En la escuela (Si o No) (Tiempo completo o medio tiempo)

Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: _____



FID: _____ PID: _____

TIPO DE FAMILIA : Familia Biológica Familia de Crianza Otro Pariente Otro tipo de familia

ESTATUS DE FAMILIA : Madre Soltera Madre Soltera viviendo con pareja Padre Soltero Padre Soltero viviendo con pareja Familia de Dos Padres

ESTATUS MATRIMONIAL: Soltero Casado Divorciado Separado Esposo Fallecido Unión de ley Común

INGRESO DE FAMILIA: Ingresos deben incluir los ingresos brutos totales de todos los miembros de la familia listados para cualquiera de los últimos doce meses o el año de calendario anterior. Si los últimos 12 meses ni el año anterior refleja su situación financiera actual, por favor esté preparado(a) para compartir información al respecto

- | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No TANF (asistencia pública) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No SSI Seguridad de Ingreso Suplementario | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Beneficios de Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Pago De Manutención de menores | | |

OTRA ASISTENCIA:

- | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Asistencia Para la Calefacción | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Cupones/Estampillas de Comida |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No WIC | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No Sección 8 | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL: Indique cualquiera de lo siguiente que se ha producido en la familia inmediata de su hijo(a).

- Familia Militar Servicios de Prevención/Caso de maltrato o negligencia (Caso abierto con CPS) Padre/tutor diagnosticados con problemas de salud mental/ Enfermedad Crónica/Incapacidad de desarrollo Violencia domestica (en los últimos 24 meses) Madre Adolescente Educación maternal menos de graduada de secundaria Abuso de sustancias de Miembro de la familia Familia desamparada Niño adoptado temporalmente Padre encarcelado Padre/guardián primario experimento abuso como niño(a)

Fui referido a Head Start por:

- Un profesional Un programa Otra Agencia Por favor explique: _____

Me entere de Head Start por:

- Volante Periódico Amigo Escuela Padre de Head Start Otro: _____

La información proporcionada nos ayudará a determinar la elegibilidad de su hijo para Head Start.

Por lo presente certifico que toda información y declaraciones de ingresos proporcionadas con esta aplicación son verdaderas, correctas y completas. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales; que los funcionarios de la institución pueden verificar la información; Y que la falsificación deliberada puede resultar en la expulsión de mi hijo(a) y me expone a ser procesado bajo la ley aplicable del estado y federal.

Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

***** OFFICE USE ONLY *****

I verify I have seen proof of the income and certification of birth date and to the best of my knowledge is correct.

Interviewed/verified by: _____ **Date:** _____

Reviewed by: _____ **Date:** _____

Status: Incomplete App. _____, Not eligible _____, Eligible _____, Waitlist _____



RECAP Head Start Opciones del Programa



Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Lenguaje Primario: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Distrito Escolar entrante: _____ Recibe Servicios: Si No

Tiene hermano(s) matriculado(s) en: Head Start Otro Programa Escolar Distrito Escolar

Familiares cercanos o amistades matriculados o empleados en Head Start: Si No

¿Usted trabaja/ Asistiendo Escuela /Entrenamiento de trabajo o Otro Programa? Si No

¿Cuales son sus horarios?

¿Quien cuida su hijo(a) durante este tiempo?

¿Usted tiene acceso a transporte fiable mientras su hijo(a) está en la escuela? Si No

¿Como usted planea transporta a su hijo(a) a la escuela de ida y vuelta?

Usted prefiere: **Mañana** 8:00am-11:30pm **Tarde** 12:30pm-4:00pm

¿Le gustaría ser considerado(a) para nuestro programa de **Tiempo Completo de 6 hora y medio**?
 Si No

¿Si la respuesta es si, porque?

Comentarios:

Yo entiendo que esta información asistirá el programa en satisfacer las necesidades de mi familia y hijo(a). El programa tratara de el programa intentará satisfacer mis preferencias de programa, dependiendo de disponibilidad.

Firma de Padre /Guardian _____ Fecha _____

Office Use Only:

- This family is in temporary housing
- Is interested in UPK
- This family has registered for UPK
- Port Jervis
- Middletown
- Scotchtown
- family resides within our transportation area

FA Initials _____



RECAP Head Start

Child Well Care Medical Report

This form follows AAP recommendations for Well Care Visits and NYS Health Dept. EPSDT Guidelines.

Part 1: Child's Personal Information:

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Parent/Guardian Name: _____

Part 2: Child's Health History, Examination, Results and Recommendations. (Please provide screening and testing results)

Date of Exam: _____ BP: Nrmal Abnl Hct/Hct Result: Nrmal Abnl Weight _____ Height: Nrmal Abnl Did the child see a Dentist in last year? Yes No Referred

Health Concerns:		Referred or Treated		Health Concerns		Referred or Treated	
Dental-Oral Health	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX	Language	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX
Asthma	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX	Speech	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX
Development	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX	Vision	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX
Behavioral/Emotional	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX	Hearing	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX
Learning/Attention	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX	Neurologic	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Under RX

A. Significant health history, conditions, communicable illness or restrictions that may affect participation at school or play?
 None Yes, please detail: _____

B. Significant allergies or health conditions that may require medication, special treatment, accommodations or emergency care at school?
 None Yes, please detail: (Medication at school requires a separate consent and instructions from both the doctor and parent)

C. Participation in Daily Activities: Diet and Activity Restrictions require a statement of condition and duration.

Can child have a Regular Diet at school, including milk? Yes No, please detail: _____

Can child participate in daily outdoor activity and gym exercise? Yes No, please detail: _____

Part 3: Tuberculosis and Lead Exposure Risk Assessment and Testing

TB Exposure Risk? High Low PPD Test Date: _____ Result: Negative Positive CXR Negative CXR Positive Treated, please detail any follow-up plan

Lead Exposure Risk? High Low Lead Test Date: _____ Result: _____ Treated, please detail any follow-up plan

Part 4: Required Provider Certification and Signature

On the basis of my findings, indicated above, and knowledge of the above named child, I find that: (s)he is free from contagious and communicable disease and is able to participate in school and daycare Yes No

Signature of Examiner: _____ Address, City, State, Zip: _____
 Name (Please Print) and Title: _____ Phone Number: _____ Date: _____

RECAP CHILD DENTAL HEALTH FORM



Participant: _____

PID: _____

Date: * ____ / ____ / ____

FID: _____

Medical Provider: _____

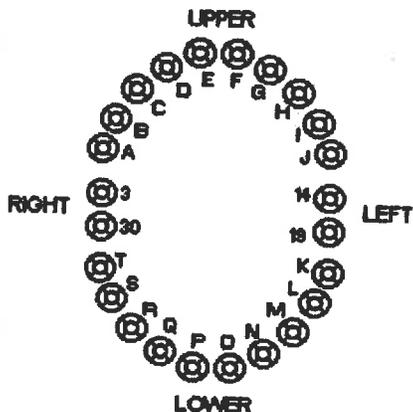
Completed by Staff: _____

Type:

Screening

Examination

**ORAL
CONDITION**



- Missing
- Decayed
- Filled

Dental Needs:

- No Needs Preventative Services Dental Treatment*

Preventative Services

(If selected above, please check from the following):

- Bitewing Films Cleaning Fluoride Supplement
- Fluoride Varnish Oral Hygiene Instruction Sealants
- Other (Please explain) _____

Type:

Treatment

Follow-Up Date: _____

Dental Services Received

Preventative Services Received*:

- Bitewing Films Cleaning Fluoride Supplement
- Fluoride Varnish Oral Hygiene Instruction Sealants
- Other (Please explain) _____

Dental Services Received*:

- Fluoride Supplement Pulp Therapy Cleaning
- Extraction Restoration Oral Hygiene Instruction
- Other (Please explain) _____

Treatment Not Received*:

(Reason for no Dental treatment) _____

Comments: _____

Result of Follow-up:

- Below Expectations
- Passed
- Service Completed
- Service Nearly Complete
- Service not delivered
- Service Ongoing

Provider Signature: _____