

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

Heather Decker,
Director

RECAP Head Start



Locations in:
Orange County
Middletown
Scotchtown
Port Jervis
and
Sullivan County
Woodbourne
Monticello

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 0 y 3 años para Early Head Start entre 3 y 5 años para Head Start

- **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; SNAP/TANF/carta de asistencia pública; Ingreso del seguro social(Todo tip); verificación de desempleo/compensación de trabajo;

***Si su familia está 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 programa 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.

La aceptación en el programa está determinada por varios factores, incluyendo los ingresos familiares, la edad del niño(a) y el nivel de necesidad, los cuales se evalúan mediante un sistema de puntos. Nos comprometemos a notificarle el estatus de la aplicación de su hijo(a) tan pronto como sea posible. Agradecemos su paciencia durante este proceso.

Esperamos recibir su solicitud para Head Start. Si necesita ayuda o alguna aclaración sobre el proceso de inscripción, no dude en comunicarse con nuestra oficina central al **845-343-4191**.

Sinceramente,

Heather Decker
Directora



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN RECAP HEAD START/EARLY HEAD START

Ubicaciones de RECAP Head Start:

RECAP Head Start en el Condado de Orange	RECAP Head Start y Early Head Start en el condado de Sullivan:
240 Midland Lake Road, Middletown, NY 10941 Teléfono: 845-692-6567 Facsímil: 845-692-6585	104 Waverly Ave Monticello, Nueva York 12701 Teléfono: 845-640-2078 Fax: 845-956-1271
96 North Beacon Street, Middletown, NY 10940 Teléfono: 845-343-4191 Fax: 845-956-1271	393 Ruta Estatal 52 Woodbourne, NY 12788 Teléfono: 845-640-2078 Fax: 845-956-1271
56-58 Calle de la Iglesia, Port Jervis, NY 12771 Teléfono: 845-856-6821 Facsímil: 845-858-8176	

Información del solicitante (niño o madre embarazada)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Gender: _____

Dirección: _____ City: _____

Estado: _____ Zip Código: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Numero de teléfono principal: _____ Otro numero de contacto: _____

Etnia (seleccione una): ☐ Origen ☐ hispano/latino Origen no hispano/no latino

Raza (marque todas las que correspondan):

☐ Indio americano/nativo de ☐ Alaska Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
☐ Blanco ☐ Hispano/Latino ☐ Bi-Racial/Multi-Racial ☐ Otro

Idioma

Idioma(s) principal(es) hablado(s) en casa: _____ Preferred Idioma de comunicación: _____

¿Qué tan bien habla inglés el niño? ☐ Muy bien ☐, bueno ☐, no, bueno ☐, en absoluto,

¿Qué tan bien habla inglés la familia? ☐ Muy bien ☐, bueno ☐, no, bueno ☐, en absoluto,

Experiencia previa de Head Start

¿Su hijo ha estado inscrito anteriormente en Early Head Start/Head Start? ☐ ☐ Sí No

¿El niño solicitó previamente y/o estaba en la lista de espera? ☐ ☐ Sí No

Salud y desarrollo infantil

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes necesidades? Marque todo lo que corresponda

☐ Alergias o intolerancias alimentarias ☐ Alimentos que no se consumen por motivos religiosos o personales
☐ Alergias ambientales (p. ej., medicamentos, pasto, insectos/animales) ☐ Condición de salud crónica (p. ej., asma, convulsiones)

☐ Programa de Educación Individual (IEP) o ☐ Servicios de Intervención Temprana (IFSP)

• ¿Qué servicios reciben? _____

¿Tiene problemas de desarrollo (p. ej., habla, motricidad gruesa, motricidad fina, socioemocional)? Si ☐ No ☐

Información adicional sobre las necesidades de su hijo:

Información del hogar: Para determinar si los ingresos de su familia están en o por debajo de las Pautas Federales de Pobreza, debemos saber cuántas personas viven en su hogar, así como los ingresos de su familia. Para nuestros propósitos, una familia es "todas las personas que viven en el mismo hogar que son" ... (1) apoyado por los ingresos de los padres o tutores del niño que se inscribe en el programa y (2) relacionado con los padres por sangre, matrimonio o adopción (3) el cuidador autorizado del niño o la parte legalmente responsable". (Normas de Desempeño 45 CFR 1305.2)

Lista de todas las personas de la familia que se mantienen con los ingresos de los padres (incluido el niño):

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Empleado (sí o no, tiempo completo o tiempo parcial)	En la escuela (sí o no, tiempo completo o tiempo parcial)

total de personas en el hogar: _____

Información familiar:

Tipo de familia: ☐ Familia biológica ☐ Familia de acogida ☐ Otro pariente ☐ Otro: _____

Estado de los padres: ☐ Padre soltero (figura materna) ☐ Padre soltero (figura materna que vive con pareja)
☐ Padre soltero (figura paterna) ☐ Padre soltero (figura paterna que vive con pareja) ☐ Familia de dos padres

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Cónyuge separado ☐ Fallecido

Ingresos y asistencia:

¿Su familia recibe alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda):

☐ TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) ☐ Beneficios de Desempleo ☐ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ SNAP (Cupones de Alimentos) ☐ Asistencia Energética
☐ Vivienda Subsidiada (Sección 8) ☐ WIC ☐ Medicaid

Circunstancias familiares adicionales

Marque todas las que correspondan: ☐ Despliegue militar ☐ Abuso o negligencia infantil (caso abierto de CPS) ☐ Padre/tutor diagnosticado con condición de salud mental/enfermedad a largo plazo ☐ Violencia doméstica (en los últimos 24 meses) ☐ Padre adolescente ☐ Padre con educación inferior a la escuela secundaria ☐ Uso de sustancias ☐ Situación de vivienda temporal ☐ Cuidado de crianza ☐ Padre Encarcelado ☐ Padre/tutor experimentó abuso cuando era niño ☐ Muerte de padres o cuidadores principales ☐ 4 o más niños menores de 9 años (actual)

Información de referencia

Me remitieron a Head Start por: ☐ Profesional ☐ Programa /Agencia ☐ Escuela

Nombre del profesional o agencia que hace referencia: _____

Escuché sobre Head Start en: ☐ Folleto ☐ Redes sociales ☐ Amigo ☐ Padre de Head Start ☐ Otro: _____

Certificación: Por la presente certifico que he proporcionado todas las declaraciones de ingresos e información verdaderas, correctas y completas con esta solicitud. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales; que los funcionarios de la institución puedan verificar la información; y que la tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento en virtud de los estatutos penales estatales y federales aplicables.

Firma de los padres: _____ Date: _____

(Solo para uso de oficina): "Se ha completado la verificación de los ingresos y la fecha de nacimiento, y doy fe de que la información parece precisa y completa".

Entrevistado/Verificado por: _____ Date: _____

Revisado por: _____ Date: _____



RECAP HEAD START FORMA DE OPCION DE PROGRAMA



Nombre del Niño:		Fecha de nacimiento:	
Genero:		Lenguaje primario:	
Direccion:			
Distrito futuro:		Recibe Servicios: ☐ Si ☐ No	
Hay hermanos inscritos en : ☐ Head Start ☐ Otro programa escolar ☐ Distrito escolar			
¿Usted trabaja/asiste a la escuela/entrenamiento laboral u otro program? ☐ Si ☐ No			
¿Cuál es su horario?			
¿Quién cuida a su hijo(a) durante este tiempo?			
¿Tiene acceso a un transporte confiable mientras su hijo está en la escuela? ☐ Si ☐ No			
¿Cómo piensa transportar a su hijo(a) ha y de la escuela?			
¿En qué centro(s) está(n) interesado(s)? (marque todo lo que corresponda)			
☐ Centro de Monticello (Head Start y Early Head Start Dia completo, solo auto transporte)			
☐ Centro de Woodbourne/Riverside (Head Start y Early Head Start Dia completo, solo auto transporte)			
☐ Centro de Port Jervis (día completo, medio día AM/PM, UPK district transportation)			
☐ Scotchtown Center (medio día de transporte AM/PM dentro del área de autobuses)			
☐ Middletown Center (día completo, solo autotransporte)			
Solamente para Condado de Orange County:			
¿Usted Prefiere?: AM ☐ (8:00 am to 11:30 AM) or ☐ PM (12:30 to 4:00 PM) ☐ Cualquiera			
¿Le gustaria ser considerado(a) para nuestro programa de tiempo complete de 6 1/2? ☐ Si ☐ No			
Si la respuesta es si porque le gustaria ser considerado?			
¿Cuál horario trabaja mejor con su horario?			
☐ 8:30 am to 3:00 PM (Solo MT) ☐ 9:00 a 3:30 PM (PJ o Middletown) ☐ Cualquiera			
Entiendo que esta información ayudará al programa a apoyar las necesidades de mi familia y mi hijo(a). El programa tratará de satisfacer mis preferencias de programa, dependiendo de la disponibilidad.			
Firma de Padre/Tutor :		Fecha:	
Advocate Comments:			

Office use only: ☐ Family in temporary housing ☐ Interested in UPK ☐ Registered for UPK ☐ Family resides within transportation area ☐ Port Jervis ☐ Middletown ☐ Scotchtown
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:

☐

Nrml

☐

Abnl

Hgb Result:

☐

Nrml

☐

Abnl

Weight

Height:

☐

Nrml

☐

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

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Language

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Asthma

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Speech

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Development

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Vision

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Behavioral/Emotional

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Hearing

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Learning/Attention

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

Under RX

Neurologic

☐

None

☐

Yes

☐

Referred

☐

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:

☐

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: _____

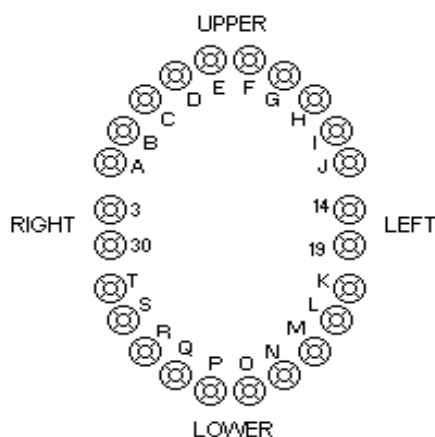
Completed by Staff: _____

Type:

☐ Screening

☐ Examination

ORAL CONDITION



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) _____

STAMP

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 _____