



Aplicación para el Programa de Head Start 2018-2019
Documentación requerida para su elegibilidad:

1. Aplicación finalizada

Certificado del Acta de Nacimiento del Niño(a):(Registro Civil)

- El programa brinda servicios a niños de 3 a 5 años de edad; los niños necesitan tener 3 años de edad antes o el mismo 1 de Octubre del 2018.
- Aquellos niños que sean elegibles y que cumplan 3 años después del 1 de Octubre del 2018 serán colocados en una lista de espera.

2. Prueba del Ingreso - La documentación debe ser de los últimos doce meses o del año transcurrido. (Formulario de Ingreso Individual de Impuestos 1040, Formulario W-2, Talonarios de pago, Declaración escrita de su jefe especificando su ingreso económico, documentación mostrando su situación actual como beneficiario de asistencia pública, TANF, SSI.)*Para el Día completo ingresos de todos los adultos 18 años y mayores viviendo en el hogar tendrá que ser proveído o un número de seguro social para verificar ningún ingreso.

3. Documentación de Salud: Examen físico vigente, Inmunizaciones, Examen dental, Hemoglobina/Hematocrito y prueba de plomo en la sangre, Vacuna de Influenza (se requiere durante Septiembre - Diciembre de cada año escolar.)
Al momento de enviar su solicitud en persona, el personal llevará a cabo una breve entrevista para revisar su aplicación. Si usted es incapaz de dejar a su aplicación le puede enviarla por correo. Le llamaremos para una entrevista telefónica.

4. Las órdenes de custodia y la documentación del guardián o del cuidado de crianza deben presentarse en el momento de la matrícula, para procesar la solicitud

Se le notificará por carta después de haber recibido toda la información solicitada anteriormente y la elegibilidad de su hijo ha sido determinada.

**Este es un programa financiado por el gobierno federal, y hay requisitos de ingresos que determinan la elegibilidad*

OPCIONES DEL PROGRAMA: Por favor, revise y escoja una opción para su niño/a.

Programa de Día Completo: (año escolar – 44 semanas)
8:00 am – 3:00 pm. -“Día Extendido” está disponible por un costo adicional por semana 7:30am a 8:00 am y de 3:00pm a 5:30pm.

El programa de día completo se ofrece en las siguientes localidades:

- Centro de Toms River
- Petición para el Servicio de Día Extendido

Programa de Día Completo Modificado: (año escolar - 44 semanas)

8:00 am – 3:00 am.

El Programa Modificado se ofrece en las siguientes localidades:

- Centro de Brick
- Centro de Manchester

- Centro de Barnegat
- Centro de Berkeley

No se ofrecen, ni Transportación, ni Servicio de Día Extendido, con el Programa Modificado.

Programa de Medio Día: (año escolar - 44 semanas).

Sesión de Medio Día – Sesión AM de 8:00am a 11:30 AM o

Sesión PM de 12:30 a 4:00 PM, de Lunes a Jueves. El

Programa de Medio Día se ofrece en las siguientes localidades:

- Centro de Brick
- Centro de Toms River

Petición de Transportación
No hay clases los Viernes.
Se ofrece Transportación a la sesión de Medio Día solamente, (algunas restricciones aplican).

Por favor marque el programa en que esté interesado (a). Si esta interesado (a) en mas de un Programa o Centro por favor indique colocando el numero de lo que prefiera, (el número “1” será la primer elección, el “2” la segunda elección, etc.)

**Aplicación para Niño/Head Start de O.C.E.A.N. Inc.
Año Escolar 2017-2018**

*** La Persona quien rellene esta aplicación debe ser el padre biológico o el guardián del niño.**

Nombre del Niño _____ Genero M / F Fecha de Nacimiento / /

Seguro Social # / / El Niño reside con: La Madre / El Padre / Ambos / Guardián / Padre de Crianza

Street Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
(Circule uno:)

Raza: Marque una

 Indigena Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/Isleño de Pacifico Other
 Asiatico Blanco
 Negro / Africano Americano Bi-Racial//Multi- Racial

Etnicidad – (Marque una) No Hispano / No Latino Hispano / Latino

Lenguaje principal que hablan en casa _____ con habilidad moderado con dificultad
Ninguno

Lenguaje secundario _____ con habilidad moderado con dificultad
Ninguno

Nombre de los Padre o Guardian: (por favor con letra de imprenta). **Tiene acceso al internet?** Si/No

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
() _____ () _____ () _____
Casa Celular Trabajo

Dirección De email _____

Estado de empleo: tiempo completo 35 horas+ tiempo parcial Retirado/desabilitado formacion/estudiante empleado por temporada Desempleado

Relacion del niño con el adulto: Hijo natural/adoptado/hijastro Nieto/a sobrino/a hijo/a de crianza otro

Tiene custodia del niño: Si/No **Vive con el niño:** Si/No

Lenguaje principal que hablan en casa _____ con habilidad moderado con dificultad Ninguno

Lenguaje secundario _____ con habilidad moderado con dificultad Ninguno

Nombre de la madre o Guardian: (por favor con letra de imprenta)

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
() _____ () _____ () _____
Casa Celular Trabajo

Dirección De email _____

Estado de empleo: tiempo completo 35 horas+ _____ tiempo parcial _____ Retirado/desabilitado _____ formacion/estudiante _____ empleado por temporada _____ Desempleado _____

Relacion del niño con el adulto: Hijo natural/adoptado/hijastro _____ Nieto/a _____ sobrino/a _____ hijo/a de crianza _____ otro _____

Tiene custodia del niño: Si/No _____ Vive con el niño: Si/No _____

Si el niño no reside con ambos padres biológicos o los padres legales, por favor proporcione la documentación de la orden del Tribunal, etc. Al entrar al programa, el padre que tiene la custodia debe proporcionar información sobre el padre que no tiene la custodia.

Por favor inscriba a todos los miembros de la familia que viven en su hogar:

Nombre _____ Relación al Niño _____ Fecha De Nacimiento _____

Nombre _____ Relación al Niño _____ FDN _____

Nombre _____ Relación al Niño _____ FDN _____

Nombre _____ Relación al Niño _____ FDN _____

Nombre _____ Relación al Niño _____ FDN _____

Por el propósito de la inscripción, por favor indique con quien nos podemos comunicar en caso que no podamos comunicarnos con usted. (Pariente Familiar, vecino, amigo):

Nombre _____ Relación _____ Numero Telefónico _____

Esta inscritos en algún de los siguientes programas: TANF? _____ Si _____ No _____ SSI? _____ Si _____ No _____ WIC? _____ Si _____ No _____

Información de Transportación para la Sesión de Medio-Día solamente:

Si su hijo (a) va a necesitar ser traído y/o llevado a una localidad diferente, por favor complete la siguiente información:

Nombre del adulto y/o programa _____ Relación con el niño _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

***Por favor indique la calle más cercana*:** _____

Necesidades Especiales (Complete si le aplica)

¿Ha sido su niño diagnosticado o esta en el proceso de un diagnostico de necesidades especiales o incapacidad? **Si / No**

Si su respuesta es si, cuenta su hijo con un Plan de Educación Individualizado (IEP)? **Si / No**

Por favor especifique la necesidad especial o incapacidad y adjunte una copia de la documentación sobre la necesidad espacial o incapacidad que tenga, (IEP).

Necesidad Especial o Incapacidad _____

Está preocupado por cualquier de los siguientes asuntos? ***Por favor muestren documentación si está disponible.**

_____ Desarrollo del habla y lenguaje

_____ Alergias—Por favor especifique _____

_____ Otros problemas médicos—Por favor especifique _____

_____ Problemas de comportamiento o emocionales—Por favor especifique _____

Otros Factores Que Contribuyen a la Elegibilidad

(Esta información confidencial se mantiene bajo llave con los archivos de Inscripciones.)

Por favor indique si alguno de los siguientes asuntos han afectado a su hijo(a) y/o a su familia en los últimos doce meses o año civil. La información nos proporcionara con un mejor conocimiento de las necesidades del niño y su familia.

Está recibiendo actualmente y/o recibió servicios de DYFS en el transcurso de este año.	Necesita cuidado infantil asequible para mantener su empleo o entrenamiento de trabajo
Esta recibiendo actualmente y/o recibió servicios de la Junta de Servicios Sociales (WIC, Respuesta Especial, Cupones de Comida, etc.)	El niño y/o los padres (tutores) no tienen seguro medico.
Está recibiendo actualmente y/o recibió servicios con el programa, Intervención Temprana (IFSP).	Los Padres son menores de 21 años de edad
Intervención por Emergencia o Crisis (necesidad inmediata de comida, ropa o albergue).	Falta de vivienda (incluye vivir con parientes o amigos debido a la incapacidad de rentar o ser dueño de casa).
Situaciones de Transportación	Barreras de Lenguaje (entre padre e hijo).
Incapacidad de asegurar una vivienda asequible (incluyendo renta).	El Niño vive con un Guardián o Tutor.
Violencia Domestica	El Guardián o Tutor esta en la Tercera Edad.
Abuso Infantil, negligencia o el niño se ha expuesto a Violencia Domestica.	Abuso de Sustancias Toxicas
Asuntos de salud con los Padres, tutores y/o el niño (físico, emocional, mental).	Incapacidad de asegurar un puesto de trabajo que ofrezca a la familia valerse por si misma.

* Por favor comparta más detalles sobre las áreas que marco en la parte de arriba: _____

Como se entero del programa?

_____ volante _____ referido por un amigo _____ por una agencia(especifique) _____

_____ radio _____ Television _____ Paginas Amarillas _____ otro (especifique) _____

Para cualquier pregunta sobre el proceso de la aplicación favor llamar al: 732-244-5333, Ext. 927

www.oceaninc.org

Para los Padres o Tutores que están completando la aplicación:

Yo _____ / _____, el padre biológico y/o tutor legal de (nombre del niño {a}) _____ certifico que la información y documentación proporcionada en esta aplicación esta correcta a mi leal saber o conocer.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

***To be completed by: OCEAN, INC. STAFF**

Eligibility Interview conducted

In- person

Telephone



DEBER LEER-IMPORTANTE!!

La siguiente información de los documentos de la salud es obligatoria para todos los niños que asisten en el programa de Head Start. Si no recibimos estos documentos en el tiempo mandado su niño(a) será colocado en la lista de espera. Por favor, acordarse de que es mejor para tener todos los documentos completa al tiempo de la inscripción.

Requisitos al tiempo de inscripción:

- **Reciente examen físico:** El médico debe completar el Registro Universal de Salud Infantil que se encuentra adjunto. El examen físico debe ser realizado anualmente.
- **El registro de Inmunización con el sello del médico:** Todos los niños son requeridos y mandatos por el estado de NJ para tener vacunas. Esto se incluye la vacuna de la influenza (la gripe), esta vacuna deber ser recibido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre (durante la temporada de gripe cada año escolar).
- **Hemoglobina/ Hematocrito fecha del día del examen de la sangre y resultados:** hecho en 12 meses de edad. (puede utilizar el "forma de WIC" adjunto si usted está inscrito en el programa de WIC).La oficina del médico ya puede tener en archivo.
- **La fecha del día del examen de los niveles de plomo de la sangre y los resultados.** Completados a los 12 y 24 meses de edad. El medico ya puede tener los registros en el archivo.

Requisito entre 90 días de inscripción:

- **Examen dental:** La forma dental que encuentras adjunto deber ser completado del dentista de su niño(a). Exámenes dentales deben ser completados cada seis meses.

Requisito entre 45 días de inscripción:

- **Visión y audición:** Puede ser completado por un médico o por los servicios de salud de Head Start con consentimiento firmado.

*Exámenes adicionales como Mantoux puede ser requisito si su niño(a) **NO** nació en los Estados Unidos.



Head Start

HIPAA
 (Portabilidad de Seguro Médico y Ley de
 Responsabilidad)
**AUTORIZACIÓN PARA USO, SOLICITUD Y/O
 REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE
 SALUD,
 ARCHIVOS DE EDUCACIÓN DEL NIÑO,
 E INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Yo, _____ (Nombre del individuo en letra de molde), por este medio autorizo a O.C.E.A.N. Inc., Head Start a usar, recibir y/o revelar información que pertenecen a mi niño o a mí, como especificado abajo.

Yo, autorizo a L.E.A.P. Inc. a recibir, enviar y/o utilizar la siguiente información para proveer servicios educativos:

Información específica que será revelada, recibida y/o entregada (por favor sea específico):

Los expedientes correspondiente a:		
Nombre del Niño/a:		FDN:
<ul style="list-style-type: none"> Examen físico del niño/a 	<ul style="list-style-type: none"> Examen dental del niño 	<ul style="list-style-type: none"> Expediente de vacunas del niño
<ul style="list-style-type: none"> Resultados de revisiones /evaluaciones del niño 	<ul style="list-style-type: none"> Los expedientes de evaluaciones y/o IFSP de los niños 	<ul style="list-style-type: none"> Expediente permanente del niño
<ul style="list-style-type: none"> Hojas de progreso del niño o familia 	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento del niño 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de los cupones de alimento, WIC y/o TANF
<ul style="list-style-type: none"> Resultados de anemia de WIC 	<ul style="list-style-type: none"> Especialista (si aplica) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Plan de salud de la escuela 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de acción de asthma/alergias 	<ul style="list-style-type: none"> Otro

Razón por la que se está solicitando, recibiendo/enviando y usando ésta información: _____

Prohibición contra nueva revelación: Esta información ha sido revelada de archivos cuya confidencialidad es protegida según la ley Federal. Regulaciones federales (42 CFR) la Parte 2 prohíbe al recipiente de esta información hacer alguna otra revelación de esta información excepto con el consentimiento escrito específico de la persona a quien esto pertenece o el guarda legal del niño menor a quien la información pertenece. Una autorización general para la liberación de la información médica u otra de ser sostenida por otro partido no es suficiente para este fin. Las regulaciones federales declaran que cualquier persona que viola cualquier provisión de esta ley será multada no más de \$500 dólares en caso de una primera ofensa y no más de \$5,000 dólares en caso de cada ofensa subsecuente.

Revocación: entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a O.C.E.A.N. Inc., Head Start por escrito. Entiendo que si revoco esta autorización, esto no afectará ninguna acción que O.C.E.A.N. Inc., Head Start tomó mientras la autorización estaba en el lugar.

Fecha de caducidad: Ésta autorización expirará 9/3/2019

Consentimiento para revelación/solicitud: reconozco que la información revelada/solicitada puede contener la información que es protegida según la ley Federal y Estatal, y expresamente consiento en la revelación/utilización de tal información. O.C.E.A.N. Inc., Head Start no hará la autorización una condición para la participación en el programa de Head Start

<u>Nombre de cliente/padre/guardian legal:</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Firma de cliente/padre/guardian legal:</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Nombre del testigo (empleado):</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Firma del testigo (empleado):</u>	

Autorización recibida/Enviada por: _____ Expedientes copiados, recibidos y/o enviados: ___/___/___

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)			
Child's Name (Last) _____ <small>(First)</small>	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth _____ / ____ / ____	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier _____		
Parent/Guardian Name _____	Home Telephone Number _____	Work Telephone/Cell Phone Number _____	
Parent/Guardian Name _____	Home Telephone Number _____	Work Telephone/Cell Phone Number _____	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
Signature/Date _____		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER	
--	--

Date of Physical Examination: _____	Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Abnormalities Noted: 	Weight (must be taken within 30 days for WIC) _____
	Height (must be taken within 30 days for WIC) _____
	Head Circumference (if <2 Years) _____
	Blood Pressure (if ≥3 Years) _____

IMMUNIZATIONS	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____
----------------------	---

MEDICAL CONDITIONS		
--------------------	--	--

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
------------------------------	--	--	--	--	--

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.

Name of Health Care Provider (Print) _____	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date _____	

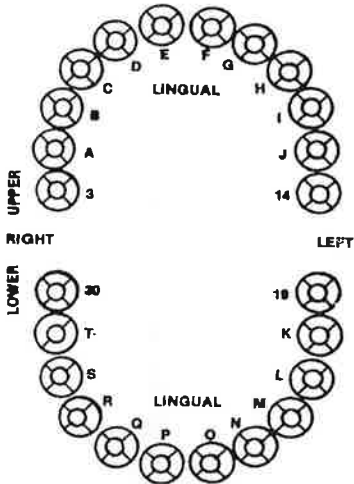
CHILD'S NAME: _____ SEX: _____ BIRTHDATE: _____ CENTER _____

ADDRESS: _____ PHONE: () _____

1) IS THE CHILD NOW RECEIVING:
 Topical Fluoride Application? No ___ Unknown ___ Yes ___
 Fluoridated Water? No ___ Unknown ___ Yes ___
 Fluoride Supplement Diet? No ___ Unknown ___ Yes ___
 (Tablets ___ Liquid ___)

2) Does the child have any trouble with teeth, gums, or mouth that the parent knows about?

3) Oral Conditions before treatment:
 Missing Decayed Filled



4) Examination and Treatment Record (list recommended services in order)

Tooth # or Letter	Surfaces	Description of Work	Treatment Approved	Date Service Performed

5) DENTAL NEEDS (check all that apply)
 Treatment (restoration, pulp therapy, extraction)
 Cleaning
 Fluoride
 Within Normal Limits
 Other (explain) _____ (Swollen Bleeds Easily Infected)

6) ORAL HEALTH SUMMARY:
 Treatment ___ IS ___ IS NOT complete. Explain: _____

- Routine recall visits
 - Oral Hygiene Instruction for Home
 - Dietary Problems
 - Developmental Problems
 - Harmful oral habits
 - Fluoride Supplement needed
- Explain: _____
 Explain: _____
 Explain: _____
 Explain: _____

DATE OF EXAM _____

PROVIDER'S STAMP
 NAME & ADDRESS: _____ SIGNATURE: _____ DATE: _____
 PHONE: _____

Daniel E. Regenye, M.H.A., Lic. H.O.
Public Health Coordinator



Email: Dregenye@ochd.org

OCEAN COUNTY HEALTH DEPARTMENT

P.O. Box 2191
Toms River, NJ 08754-2191
(732) 341-9700 ext. 7201
Fax: (732) 831-6495

**New Jersey State WIC Program
Request for Review/Release of Information**

I hereby request from the _____ WIC Program

to have released information concerning:

Name _____

ID# _____

Nature of Information (check one):

- Eligibility File
- Documents concerning matter under appeal
- Fair hearing official record

By signing below I acknowledge:

1. Receipt of the materials requested
2. That I will not hold the WIC Program responsible for a breach in confidentiality should I lose or misplace these materials, or if I share them with others.

Signed _____ Date _____
(Authorized Representative/Participant)

Witness _____

(Over)