



Community Action Agency For McHenry County Head Start

100 North Benton Street, Suite 3, Woodstock, IL 60098 Phone 815-338-8790 Fax 815-390-1149

Estimado Padre/Madre de Familia:

McHenry County Head Start es un programa de pre-escuela gratis para los niños entre las edades de tres a cinco años. Servimos a las familias de ingresos bajos que viven en el condado. **Es posible que podamos proveer transporte, pero no es garantizado.** Nos enfocamos en ayudar en la educación, salud o cualquier necesidad social/emocional que los niños y sus familias puedan tener. Head Start también acepta niños con discapacidades.

Para comenzar el proceso de inscripción y determinar si su niño es elegible para nuestro programa, debe completar las formas que le estamos mandando y mandarlas de regreso tan pronto como le sea posible. Si el ingreso de su familia es elegible según las guías establecidas por el gobierno federal, o si es beneficiario de SNAP(Link) o TANF entonces su niño puede calificar para inscribirse. Para los niños del estado (Foster Children), necesitamos una carta de DCFS/Agencia de Cuidado de Niños Protegidos donde verifican y lo autorizan a usted como el Guardián del Estado/Foster Parent.

Le pedimos que pronto mande o traiga las formas completas a la oficina. Una trabajadora de servicios familiares se comunicara con usted . Si tiene algunapregunta, no dude en contactar nuestra oficina al 815/338-8790 y pregunte por el personal de inscripcion. Esperamos trabajar con usted en el futuro.

Cuando hayamos recibido las formas completas con una copia del acta de nacimiento, tarjeta médica y un talón de cheque y ha sido determinada la elegibilidad para nuestro programa, le llamaremos para hacer una cita y terminar el proceso de inscripción.

Si los ingresos de su familia son muy altos, se pondrá en una lista de espera. **Seleccionamos primero a los niños de bajos ingresos. Si no llenamos todos los puestos con niños elegibles,** entonces lo llamaremos cuando tengamos un espacio disponible.

Sinceramente,

Shari Figueroa
Gerente de Servicios Familiares

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguna Otra Lengua <input type="checkbox"/> Habilidad de la otra Lengua <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Proficiente						
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico
<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible						
Cobertura Dental		Número de Dental			Dentista/Hogar Dental	

Adulto Principal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguna Otra Lengua <input type="checkbox"/> Habilidad de la otra Lengua <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Proficiente						
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				

Adulto Secundario

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguna Otra Lengua <input type="checkbox"/> Habilidad de la otra Lengua <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Proficiente						
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguna Otra Lengua <input type="checkbox"/> Habilidad de la otra Lengua <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Proficiente						

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
<p>Raza</p> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ninguna Otra Lengua <input type="checkbox"/> Habilidad de la otra Lengua <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Proficiente						

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Adulto Adicional

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Custodia
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrasto		<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo				<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente Sí, es Subvencionado?
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Nombre del Solicitante: _____

Madre: _____ Padre: _____

Información de Familia, Transporte & Contactos

Información General de la familia solamente							
Dirección de Residencia	Línea 2 de la dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		
			IL				
Dirección Postal (si es diferente)	Línea 2 de la dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		
Número de Teléfono(s)	Tipo (Llene uno)		(Circule uno)			Optar por mensajes de texto	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<i>Madre Padre Tutor</i>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<i>Madre Padre Tutor</i>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<i>Madre Padre Tutor</i>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección(es) de Correo Electronico	(Circule uno)		Optar por mensajes de correo electrónico				
	<i>Madre Padre Tutor</i>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<i>Madre Padre Tutor</i>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si aplica)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

TRANSPORTE – Por favor complete solamente si es diferente a su dirección

Dirección de Recoger:	Niñera/Guardería/Otro
Dirección de Entrega:	Niñera/Guardería/Otro

Contactos de Emergencia – Si la madre/padre no viven con el niño/a, por favor asegúrese de incluirlo/a

Contacto 1	Nombre	Relación con Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 2	Nombre	Relación con Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
Contacto 3	Nombre	Relación con Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono #1 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También extendiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mi durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/TutorLegal: _____ **Fecha:** _____



CAA for McHenry County Head Start

PÓLIZA DE ASISTENCIA

HSPPS (1302.16)

1. Meta de asistencia mínima del 85% en cada clase, y
2. Servicio familiar obligatorio o seguimiento del personal del centro después de cualquier ausencia sin contacto con los padres

Procedimientos de la Política de Asistencia: Estos procedimientos incluyen las responsabilidades de la familia y el personal para implementar los requisitos de la política de asistencia:

- El personal del centro asignado registrará la asistencia diaria de cada niño. El maestro o el trabajador de servicio familiar hará un seguimiento de las ausencias desconocidas diarias y las ausencias por enfermedad de 3 días. El Gerente de Servicios Familiares preparará el informe mensual de asistencia al centro para monitoreo y seguimiento.
- Si el niño no asistirá a clases, se requiere que las familias se comuniquen con la oficina principal al 815-338-8790 indicando las razones de la ausencia y si la ausencia se debe a una enfermedad, enumerando los síntomas.
- Si se determina que un niño no tiene hogar bajo 1302.12 (c) (1) (iii), no puede asistir regularmente (es decir, el niño no tiene transporte hacia y desde el centro), los recursos comunitarios podrían usarse para proporcionar transporte o aprendizaje virtual ofrecido para el niño cuando sea posible. Este servicio se determinará caso por caso.
- Los padres deben tener un plan de respaldo en caso de emergencias (es decir, enfermedad, cancelación de transporte, salida anticipada del centro) y el niño debe ser recogido del centro inesperadamente.
- En el caso de que un salón de clases esté cerrado y el niño no pueda asistir debido a una emergencia (es decir, una pandemia, clima extremo, deficiencia de las instalaciones), se proporcionará aprendizaje virtual para mantener la asistencia.
- Si la asistencia de algún niño cae por debajo de los requisitos del 85% (que son 3 días, consecutivos o no) para un mes determinado, la información se remitirá al Administrador de Servicios Familiares para su revisión y posible seguimiento. El niño será retirado del programa si se han agotado los intentos de mantener la asistencia, según factores que incluyen:
 - Solicitudes de los padres.
 - Reubicación de la familia fuera del área de servicios del programa.
 - Ausentismo crónico, 3 o más días al mes consecutivos o no, que persiste durante 2 meses a pesar de los esfuerzos del programa.

Entendemos que los niños menores de 5 años generalmente están ausentes debido a enfermedades. Sin embargo, nos preocupamos cuando un niño está crónicamente ausente por razones que el padre / cuidador desprecia. Nuestro programa ayuda a preparar a los niños para su ingreso a las escuelas públicas. Se requiere buena asistencia en las escuelas públicas y debemos reflejar eso también en nuestro programa. Por favor, revise la sección de Salud y Nutrición del Manual para padre

Nombre del niño: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____



CAA for McHenry County Head Start

CHILD HEALTH INFORMATION HSPPS 1302.42 Child Health Status & Care

Información sobre la Salud del niño

Date completed/Fecha: _____

Child's Name/Nombre del niño/a: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Sex: M F

Parent or Guardian's Name(s)/Nombre del Padre(s): _____

Please list the name, address & telephone number for your child's regular doctor & dentist. If you do not have one, please check "none" (Por favor escriba los nombres, direcciones y números de teléfonos de los doctores y dentistas de su niño. Si no tiene un doctor, por favor marque ninguno).

PHYSICIAN/Doctores: _____ None/Ninguno

Telephone/Teléfono: _____

DENTIST/Dentista: _____ None/Ninguno

Telephone/Teléfono: _____

Does your child have an allergy of any kind, such as an allergy to a certain food, allergy to bee stings, allergy to certain medications, etc? NO YES

If yes, please explain: _____

¿Tiene su hijo alguna reacción alérgica de cualquier tipo, tales como alergias a algunas comidas, alergias a picaduras de abejas, alergias a algunos medicamentos, etc? No Sí

Si es Sí, explique: _____

Does your child need help using the toilet?/ ¿Necesita ayuda su niño cuando va al baño? No Yes/Sí

What does your child say when they have to use the toilet?

(¿Cómo le dice su niño a usted cuando quiere ir al baño?)

Are there any family problems at this time or big changes in your child's life recently? No Yes/Sí

(¿Hay algunos problemas familiares en este momento o grandes cambios en la vida de su niño recientemente?)

If yes, please explain/Si es Sí, explique:

Are there any foods your child should not eat for religious or medical reasons? _____ NO _____ YES

If yes, please explain: _____

¿Hay alguna comida que su niño no debe comer por razones médicas o religiosas? _____ No _____ Sí

Si es Sí, explique: _____

Does your child have a medical condition of any kind that requires medication? _____ NO _____ YES

If yes, please explain: _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica de cualquier tipo que requiera medicación? _____ No _____ Sí

Si es Sí, explique: _____

DIETARY INFORMATION/INFORMACIÓN DIETÉTICA

			If yes, please explain/Si es Sí, explique
Does your child eat or chew things that are not food? <i>¿Come o mastica cosas que no son comida?</i>	No	Yes/Sí	
Does your child have trouble chewing or swallowing? <i>¿Tiene su niño dificultades al masticar o tragar?</i>	No	Yes/Sí	
Do you have any concerns about what your child eats? <i>¿Tiene alguna preocupación sobre lo que su niño come?</i>	No	Yes/Sí	

CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NIÑO/A:

HEALTH HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

			If yes, please explain/Si es Sí, explique.
Asthma or other breathing problems? <i>¿Diagnóstico de asma o dificultad para a respirar?</i>	No	Yes/Sí	
Birth defects?/ ¿Defectos de nacimiento?	No	Yes/Sí	
Physical developmental delay?/ ¿Tardanza en el desarrollo físico?	No	Yes/Sí	
Blood disorder? Hemophilia, Sickle Cell? <i>¿Desórdenes en la sangre/Hemofilia/Células Irregulares?</i>	No	Yes/Sí	
Diabetes?	No	Yes/Sí	
Head injury? Concussion? Passed out? <i>¿Golpes en la cabeza/conmociones cerebrales/desmayos?</i>	No	Yes/Sí	
Seizures?/ ¿Convulsiones?	No	Yes/Sí	
Heart problems? Shortness of breath? <i>¿Problemas del corazón? ¿Problemas para respirar?</i>	No	Yes/Sí	
Heart murmur? High blood pressure? <i>¿Murmullo de corazón? ¿Presión alta?</i>	No	Yes/Sí	
Dizziness or chest pain with exercise? <i>¿Mareos o dolor en el pecho al hacer ejercicio?</i>	No	Yes/Sí	
Bone/joint problems? Injury? Scoliosis? <i>¿Problemas con los huesos o con las coyunturas? Golpes?</i>	No	Yes/Sí	
Loss of function of one of paired organ? <i>eye/ear/kidney/testicle</i> <i>¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos?</i> <i>(ojos/oidos/riñones/testículos)</i>	No	Yes/Sí	
Hospitalization? When? What for? <i>¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo? ¿Porqué?</i>	No	Yes/Sí	

Surgery? When? What for? <i>¿Cirugías? ¿Cuándo? ¿Porqué?</i>	No	Yes/Sí	
Serious illness or injury? / ¿Heridas o golpes graves?	No	Yes/Sí	
TB skin test positive (past or present)? <i>¿Examen positivo de tuberculosis (pasado o presente)?</i>	No	Yes/Sí	
TB disease (past or present)? <i>¿Enfermedad de tuberculosis (pasado o presente)?</i>	No	Yes/Sí	
Dental problems?/ ¿Problemas dentales?	No	Yes/Sí	
Eye/Vision problems?/ ¿Problemas con los ojos/visión? Glasses? <input type="checkbox"/> Contacts? <input type="checkbox"/> <i>¿Lentes? ¿Lentes de contacto?</i> Date of last eye exam? _____ <i>¿Fecha del último examen de la vista?</i>	No	Yes/Sí	
Ear/hearing problems?/ ¿Problemas con los oídos o para oír?	No	Yes/Sí	
Other concerns?/ ¿Otras preocupaciones?	No	Yes/Sí	

PREGNANCY AND BIRTH HISTORY/HISTORIA DEL EMBARAZO/NACIMIENTO			
			If yes, please explain/Si es Sí, explique
Did mother or baby have any problems during pregnancy or during delivery?/ ¿Tuvo la madre o el niño problemas de salud durante el embarazo o nacimiento?	No	Yes/Sí	
Was there anything wrong with the child at birth? <i>¿Tuvo algún problema el niño al nacer?</i>	No	Yes/Sí	
Did child or mother stay in hospital longer than usual for medical reasons? / ¿El niño o la madre tuvieron que quedarse en el hospital más de lo normal por causas médicas?	No	Yes/Sí	



CAA for McHenry County Head Start

POLÍTICA DE DEJADA Y RECOGIDA HSPPS 1302.21(d)(1), DCFS 407.260

Estas reglas se han establecido para darle servicios seguros a su niño/a.

1. Cuando venga a recoger o a dejar al niño/a al salón de clases, tendrá que escribir su nombre en una hoja que está en la entrada del salón.
2. Un niño **SOLO** será liberado a un adulto autorizado que proporcione una identificación con foto. Head Start debe tener el nombre de al menos (3) contactos de emergencia actuales al escribir en el formulario de emergencia y/o en un formulario de cambio de estado) con la firma de los padres.
3. Los contactos de emergencia **DEBEN** tener al menos 16 años de edad y tener una identificación con fotografía.
4. Las horas del Centro de Head Start son específicas. **Los niños no pueden ser dejados antes de que comience la clase y deben ser recogidos al final de la clase. La licenciatura de Illinois nos prohíbe el cuidado no autorizado de niños.**
5. Cuando un niño está abordando o saliendo del autobús, un padre o una persona liberada de al menos 16 años de edad debe poner al niño en el autobús y **debe** escoltar al niño fuera del autobús.
6. Si no hay nadie que se reúna con su hijo en el autobús de entrega, permanecerá en el autobús hasta que la ruta esté completa.
 - a. Puede llamar a la oficina y organizar la recogida o el encuentro con su hijo a lo largo de la ruta programada, siempre y cuando el autobús siga funcionando.
 - b. En caso de que la persona de recogida designada no esté disponible en la hora y el lugar indicado, Head Start ejercerá todas las opciones disponibles en términos de al menos tres (3) intentos de comunicarse por teléfono con todos los padres y contactos de emergencia.
 - c. Nosotros (el centro o conductor del autobús) mantendremos la custodia y seremos responsables del niño hasta que lleguen los padres, sus representantes designados o las autoridades externas.
 - d. Sin embargo, si usted o un contacto de emergencia no puede ser contactado para el momento en que el conductor termine la ruta, su hijo será llevado al Departamento de Policía local y llamaremos a la Línea Directa de Abuso Infantil del DCFS para reportar el incidente.
 - e. El personal no hará responsable al niño de esta situación y la discusión de este asunto se llevará a cabo sólo con el padre o tutor y nunca con el niño.
7. Cuando se producen infracciones graves, se presentan "Informes de incidentes de bus". Los incidentes graves incluyen: no recoger a su hijo en la parada de autobús o hacer que una persona no autorizada intente recoger a su hijo. Después de procesar el segundo informe de incidentes de autobús, el servicio de autobús se suspenderá durante una semana. Un tercer incidente resultará en la **terminación** del servicio de autobús durante el resto del año escolar.

Por la seguridad de su niño/a, **NO HACEMOS EXCEPCIONES A ESTAS REGLAS**. Le recomendamos grandemente que tenga un plan alternativo en caso de que usted no pueda recoger a tiempo a su niño/a. Es nuestra política no discutir la situación con el niño/a, solamente con los padres o el guardián legal.

Nombre del Niño/a: _____

Yo, _____, estoy de acuerdo y cumpliré con la Política de Dejada y Recogida.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



CAA for McHenry County Head Start

PERMISO/INTERCAMBIO DE INFORMACION HIPAA Privacy Policy 1996, HSPPS Subpart C

Yo autorizo a Community Action Agency – Head Start a dar y/o intercambiar información acerca de lo siguiente:

- McHenry County Department of Health
- _____
(nombre del doctor y/o la clínica)
- _____
(nombre del dentista y/o la clínica)

para mi niño: _____
(nombre del niño) (fecha de nacimiento)

con el propósito de inscribir y/o actualizar los registros mencionados acerca de mi niño.

La información puede incluir los siguientes datos:

- Examen dental
- Examen físico con estatura y peso
- Hemoglobina
- Examen del plomo
- Examen TB
- Vacunas
- Examen de los ojos y oídos
- Información sobre temas de salud que pueden requerir atención especializada

Entiendo que este permiso es válido solamente para el tiempo que mi niño esté inscrito en el programa de Head Start.

(firma de los padres/guardián)

(fecha)



CAA for McHenry County Head Start

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HEAD START

HSPPS 1302.41 (B)(1)/ 1302.50(b)(6), DCFS 407.200(n), 407.250(m)

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NOMBRE DEL PDRE/GUARDIAN: _____

Lo siguiente es una lista de servicios que su niño puede recibir como parte del programa de Head Start. Le pedimos que los lea cuidadosamente y que indique si da permiso.

SERVICIOS DE SALUD Y DESARROLLO	YES	NO
Doy permiso al personal de Head Start, sus consultantes y el personal del distrito escolar local para que le hagan a mi niño pruebas de desarrollo (entre ellas la del habla/lenguaje, de la vista, del oído y del comportamiento) y que le observen en el salón.		
Yo me comprometo a hacer los arreglos necesarios para las pruebas requeridas si mi niño no puede asistir a la escuela los días cuando Head Start las haya programado.		
Yo estoy de acuerdo de que se le dé a mi niño cuidado en caso de emergencia, incluyendo, pero no limitado a, Primeros Auxilios, CPR, y/o ambulancia.		
Yo le doy mi consentimiento al personal de Head Start para que consigan tratamiento médico y dental de urgencia para mi niño si es necesario. Este consentimiento vale sólo en situaciones que requieran cuidados de urgencia de parte de un médico titulado. El personal de Head Start hará todo lo posible para comunicarse conmigo a fin de obtener mi consentimiento para cualquier procedimiento recomendado por el doctor.		
ACTIVIDADES DE EDUCACION Y EN EL SALON DE CLASES		
Yo estoy de acuerdo que el personal de Head Start lleve a mi niño a pasear por el centro y/o por la comunidad.		
Yo doy permiso que mi niño viaje como pasajero en uno de los autobuses de Community Action Agency Head Start. Entiendo que todos los viajes se llevan a cabo bajo la supervisión del personal de Head Start.		
Entiendo que un miembro del personal de Head Start me visitará si mi niño se ausenta mucho de la escuela.		
Yo estoy de acuerdo con que le saquen fotos o videos a mi niño para usar en el centro o por el personal de la agencia para actividades en el salón, para los portafolios, y/o entrenamientos del personal o los padres.		
Doy permiso para que Community Action Agency for McHenry County Head Start utilice las imágenes, videos y proyectos u obras de arte para medios impresos, de difusión y en línea, como pero no limitado a folletos, boletines, informes y sitios web.		
Yo doy permiso que Head Start permita a estudiantes locales de la Educación Temprana a que observen en el salón de clase durante el año escolar.		

- El personal de Head Start de acuerdo con los requisitos de licencias del estado de Illinois y las Normas de Desempeño del Programa Head Start mantienen la información de todos los niños en estricta confidencialidad.
- Todo el personal mantendrá el código de conducta.
- Toda la información personal en los archivos de los niños está bloqueada en un lugar seguro.
- La información familiar solo se comparte entre el personal que la necesita.
- Las bases de datos requieren contraseñas.
- Los empleados que abandonan la agencia, pierden inmediatamente su acceso a bases de datos e información familiar.
- Los padres tienen derecho a revisar los registros de sus hijos y a cuestionar el contenido.
- He leído y entendido las declaraciones anteriores.
- Este consentimiento es efectivo siempre y cuando mi hijo esté inscrito activamente en el programa.

FIRMA: _____

FECHA: _____

PADRE/GUARDIÁN LEGAL



CAA for McHenry County Head Start

LISTA DE INGRESO

HSPPS 1302.12 (c)(i)(ii)(iii)(iv)(2)

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PRIMER ADULTO: _____ NOMBRE DEL SEGUNDO ADULTO: _____

Los niños son automáticamente elegibles para participar en Head Start si vienen de una familia de bajos recursos, si son elegibles para TANF, SSI, sin hogar o es un niño del gobierno (Foster Child).

• **Por favor marque si alguno de los siguientes aplica a su familia**

- TANF
- SSI
- Sin Hogar
- SNAP(Link)
- Violencia Domestica
- Involucrado con DCFS
- Padre Encarcelado
- Foster Child

Ingreso quiere decir todo el dinero recibido antes de todas las fuentes de ingreso y de los impuestos. El ingreso incluye dinero, sueldo o salario antes de las deducciones.

• **Además del talón de su cheque, su W-2, regreso de los impuestos, por favor marque todos los ingresos que su familia ha recibido en los últimos doce meses. Necesitaremos copias de los artículos que marcó y que aplican a su familia.**

- Compensación por desempleo
- Beneficios de huelgas de los fondos de unión
- Compensación del trabajador
- Beneficios de Veteranos (con las excepciones listadas abajo)
- Pensión por Divorcio
- Manutención de Niños
- Asignación Militar Familiar o algún otro soporte de un miembro familiar ausente u otra persona que no viva en la casa.
- Pensiones de Empleados del Gobierno (incluyendo retiro de pago militar)
- Becas del Colegio o la Universidad
- Becas
- Ninguno de los mencionado

Nota: Head Start no contará con ciertos tipos de pagos o beneficios de los miembros de "servicios uniformados" (a como lo define 37USC101) para los propósitos de determinación de elegibilidad para un dependiente de tal miembro. Servicios Uniformados incluyen Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Coast Guard, National Oceanic and Atmospheric Administration y Public Health Service.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

FOR Office use only

	Type of Employment				Length of employment	Hours worked Per week	Overtime	
	Unemployed	Employed	Self-employed	Seasonal			YES	NO
Primary Adult							YES	NO
							How often?	
Secondary Adult							YES	NO
							How often?	

Comments: _____

Interview conducted: In-person Telephone: (If by telephone, explain why) _____

Eligible: Yes No <input type="checkbox"/> Income Eligible <input type="checkbox"/> Income Eligible from Last Year <input type="checkbox"/> Over Income -Counted as part of 10% _____ <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Documentation Used: <input type="checkbox"/> Pay Stubs <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Income Tax 1040 <input type="checkbox"/> Schedule C (Self Employment) <input type="checkbox"/> Profit/Loss Statement <input type="checkbox"/> SSI/ TANF/ SNAP Documentation <input type="checkbox"/> Foster Care Documentation	<input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Employer Written Statement <input type="checkbox"/> Third Party Support Letter <input type="checkbox"/> No Income <input type="checkbox"/> Categorically Homeless
--	---	--

Verifier Signature: _____ Date: _____



CAA for McHenry County Head Start

CUESTIONARIO DE NECESIDADES Y SERVICIOS DE LOS PADRES

HSPPS 1302.52(b)

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

¿Necesita Asistencia de Inmediato en alguna de las siguientes areas? / Bienestar Familiar

- Comida
- Vivienda
- Ropa
- Consejeria

Necesita Apoto o informacion en cualquier de los siguientes Servicios?

Servicios de Salud

- Cuidado Medico
- Cuidado Pre-Natal
- Cuidado Dental
- Planificacion Familiar
- Vacunas
- HIV/Sida
- Nutricion
- Otro: _____

Bienestar Familiar

- Manutencion de los Hijos
- Legal
- Abuso de menores
- Violencia Domestica
- Abuso de Alcohol o drogas
- Abilidades de Paternidad
- Manejo del stress/enojo
- Otro: _____

Educacion Las familias como estudiantes

- Alfabetismo
- ESL
- GED
- Otro: _____
- Ninguno de los anteriores

Family Service Worker Signature: _____ Date: _____



CAA for McHenry County Head Start

ACUERDO DE COLABORACION ENTRE PROGRAMA Y FAMILIA

HSPPS 1302.52(a) 1302.33 (3)(ii), DCFS 407.250

Nombre del Niño/a: _____

Nosotros reconocemos que, como padres, ustedes son los primeros y más importantes maestros de sus hijos. Nosotros aceptamos con agrado su participación en las actividades de Head Start y trabajaremos en asociación con ustedes para ayudar a su niño/a a progresar.

El Personal de Head Start:	Nosotros:
___ 1. Respondaremos sus esfuerzos en ser buenos padres con su niño/a.	___ 1. Trabajaremos con el personal de Head Start como compañeros para aumentar la experiencia de Head Start para mi niño y familia.
___ 2. Siempre estaremos a tiempo para las visitas en su casa y conferencias. Si vamos a llegar tarde, o tenemos que cancelar la visita, nosotros les avisaremos.	___ 2. Estaré en casa cuando se llegue el tiempo de las visitas en las casas o conferencias. Si tenemos que cancelar, nosotros avisaremos.
___ 3. Ofreceremos oportunidades para que ustedes sean parte de las actividades de Head Start (ejemplo; juntas, eventos especiales).	___ 3. Voy a participar en las actividades de Head Start.
___ 4. Ayudaremos a tener metas y resultados para usted y su familia.	___ 4. Formaré metas y tendré resultados para mi niño y familia.
___ 5. Compartir con ustedes recursos accesibles y referirlos si lo necesitan.	___ 5. Le daré seguimiento a los envíos que me den.
___ 6. Ofreceremos materiales e información sobre el desarrollo de niños, GED, alfabetismo, etc.	___ 6. Leeré la información que se manda a casa.
___ 7. Mandaremos encuestas y llevaremos hasta el final las referencias.	___ 7. Regresaré los permisos y encuestas.
___ 8. Contestaremos preguntas sobre el programa Head Start.	___ 8. Llamaré al personal de Head Start cuando tenga preguntas sobre el programa.
___ 9. Colaboraremos con ustedes durante el proceso de referir al distrito.	___ 9. Colaborare con Head Start durante el proceso de referir al distrito.

Firma de parte de Head Start/ Fecha

Firma de Padre/Guardián/ Fecha



CAA for McHenry County Head Start

OPORTUNIDADES PARA VOLUNTARIOS

HSPPS 1302.50(b)(4), DCFS 407.180

NOMBRE DE LOS PADRE: _____

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

TELÉFONO: _____ casa celular (indique uno)

*Head Start siempre necesita voluntarios. Hay dos requisitos de parte de DCFS en las cuales ustedes nos pueden ayudar. La primera es que puede ayudarnos sin un horario fijo en el centro. La segunda es que sea un voluntario permanente. Sin embargo, para ser un voluntario permanente **EN EL CENTRO** tiene que llenar un **Paquete de Voluntario (en caso de que ayude 3 veces al año consecutivamente)**.*

Participación en el Salón de Clase: (Por favor marque las que le sea de interés)

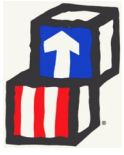
- _____ ¿Leer un cuento?
- _____ ¿Enseñar una canción?
- _____ ¿Enseñar a los niños como tocar un instrumento musical (guitarra, piano, etc.)?
- _____ ¿Ayudar a los niños discapacitados?
- _____ ¿Traer al salón de clases algunas cosas étnicas o de otros países para mostrar?
- _____ ¿Compartir su pasatiempo con la clase? Si puede, ¿cuál es? _____

Participación en el Centro:

- _____ ¿Acompañar a los niños en viajes? (Pueda que necesite su propio transporte)
- _____ ¿Ayudar a hacer o reparar el área de juegos de afuera?
- _____ ¿Ayudar a hacer o reparar materiales para el salón de clase?
- _____ ¿Preparar un álbum del salón de clases?
- _____ ¿Ayudar a coser en la máquina cosas sencillas?
- _____ ¿Asistir a las maestras a preparar actividades de arte en su casa?
- _____ ¿Ayudar con las Pruebas de Desarrollo?
- _____ ¿Ayudar en la cocina?

Participación en la Oficina:

- _____ ¿Ayudar con trabajos en la oficina o contestar el teléfono?
- _____ ¿Participar en el Comité de Servicios de Salud?
- _____ ¿Participar en el Comité del Concilio de Política?



CAA for McHenry County Head Start

Acuerdo de Colaboración en Transición

HSPPS 1302.71(b)(1), DCFS 407.250(k)(m)

Estimado Padre/Guardián:

Este permiso para ceder/intercambiar información es para asistir en hacer el proceso de transición al kínder más constante para usted y su niño.

De la escuela de kínder:

La escuela primaria tiene permiso de confirmar participación en el proceso de Kínder.

A la escuela de kínder:

Al final del año del programa, Head Start transferirá los siguientes registros para asistir en el proceso de registro. Head Start seguirá los requisitos de privacidad establecidos por las Normas de Desempeño en la subparte C de la parte 1303.

Dirección, Número de Teléfono

Reportes de Pruebas de Desarrollo

Reportes de Desarrollo en Head Start

Encuesta de Transición Maestro a Maestro

Al firmar en la parte de abajo, usted está dándonos el permiso para ceder/intercambiar información. Esto nos permitirá ayudar con la transición fuera de Head Start y hacia una escuela primaria local. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con el Especialista de Apoyo de Transición en la oficina de Head Start al 815-338-8790.

Gracias.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si, le permito a Head Start ceder/intercambiar información indicado arriba para/con mi escuela primaria con el propósito de facilitar transiciones y revisar los resultados de pruebas.

No, le permito a Head Start ceder/intercambiar información indicado arriba a mi escuela primaria. Entiendo que esto puede limitar la habilidad para proveer a mi familia con la gama completa de servicios disponibles.

Firma: _____ Fecha: _____

(Padre o tutor legal)



CAA for McHenry County Head Start

Encuesta de Educación y Desarrollo HSPPS 1302.21(a), DCFS 407.200

Nombre del Niño/a: _____

Educación:

¿Su hijo está recibiendo actualmente algún servicio especial?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué servicios está recibiendo su hijo?		
¿Su hijo tiene actualmente uno de los siguientes planes de educación?		
Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Plan de Educación Individual (IEP)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su hijo tiene un IEP, ¿qué distrito escolar es responsable?		

Por favor, háganos saber si tiene alguna inquietud en el desarrollo de su hijo en las siguientes áreas:

Habilidades lingüísticas (hablar y entender):
Habilidades cognitivas (aprendizaje, pensamiento, resolución de problemas, etc.):
Comportamiento:
Cualquier otra inquietud:



CAA for McHenry County Head Start

Políticas de Disciplina y Despido HSPPS 1302.17, DCFS 407.270(a)

POLITICA DE DISCIPLINA EN EL SALON	POLITICA DE DESPIDO
<p>Los salones de clases de Head Start están diseñados para ser apropiadas para el desarrollo para niños de tres a cinco años. Este diseño incluye los siguientes métodos de administración del comportamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de reglas razonables y coherentes para el comportamiento. 2. Reorientación del niño a un área o actividad diferente cuando su comportamiento no es aceptable. 3. Uso de estímulo para usar el comportamiento apropiado. 4. Enseñar habilidades para resolver problemas/resolución de conflictos a los niños. 5. Uso de consecuencias lógicas y naturales cuando su comportamiento no es aceptable. <p>En head Start, no usamos ningún tipo de castigo físico, ni expulsamos o anulamos la inscripción de los niños debido a sus comportamientos desafiantes. Si un niño no está respondiendo a las técnicas de orientación anteriores, se desarrollará un plan de comportamiento en una reunión con un equipo compuesto por el Gerente de Servicios a los Niños, el Gerente de Salud y Discapacidades, el Consultor de Salud Mental, el equipo de enseñanza, el Trabajador de Servicios Familiares y los padres/tutores. Cuando todos los esfuerzos documentados para ayudar al niño a regular sus comportamientos en el salón de clases no tienen éxito, el programa, en consulta con los padres, el maestro del niño, la agencia responsable de implementar IDEA (si corresponde), y el Consultor de Salud Mental determinarán si la inscripción continua del niño presenta una amenaza de seguridad grave continua para el niño u otros niños inscritos. Ellos determinarán si el programa no es la ubicación más apropiada para el niño. El programa debe trabajar con dichas entidades para facilitar directamente la transición del niño a una colocación más apropiada. Durante el proceso, los padres pueden ser requeridos para observar y ayudar en el salón de clases. El programa se comunicará con los padres cada vez que haya una preocupación por el comportamiento.</p>	<p>Head Start hace todo lo posible para proporcionar un entorno de aprendizaje consistente y estable tanto para los niños como para las familias. Sin embargo; hay circunstancias en las que los niños serán dados de alta del programa, incluyendo las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Viviendo fuera del condado de McHenry; se da excepción a las familias que residen fuera del condado por menos de treinta días debido a situaciones de protección. 2. Ausencias injustificadas repetidas por el ausentismo excesivo. 3. Amenazas o actos de abuso o violencia de padres/tutores adultos hacia otros padres, personal o niños. 4. Falsificar o proporcionar información inexacta/incompleta necesaria para mantener la inscripción de acuerdo con las normas de licencias de cuidado diurno y las Normas de Desempeño del Programa Head Start, tales como personas de liberación, contactos de emergencia, etc.

He leído las políticas anteriores. Entiendo que, si en algún momento tengo alguna pregunta, puedo comunicarme con cualquier persona de la Agencia.

Nombre del Niño/a: _____

Firma: _____

Fecha: _____



CAA for McHenry County Head Start

ENTRENAMIENTO DE PADRES Y ASISTENCIA TÉCNICA

HSPPS 1302.51(a)

Head Start se compromete a proporcionar talleres y oportunidades de capacitación para ser interesante, informativo y útil. A lo largo del año recibirá información a través de muchos recursos diferentes. Por favor complete la encuesta a continuación para ayudarnos a servirle mejor este año.

Díganos las formas en que prefiere recibir información: (marque tantas como corresponda)

E-Mail

Materiales Escritos

Talleres para Padres

Nombre del Padre: _____ Nombre del Niño: _____

¿Desea recibir información sobre cualquiera de los siguientes temas?: (marque tantos como corresponda)

DESARROLLO INFANTIL

- Edades 3-5
- Bebés y niños pequeños
- Leyendo con niños
- Entrenamiento del baño
- Disciplina
- Otro: _____

SALUD MENTAL

- Construyendo Auto-Estima
- Controlando el Estrés
- Lidar con la muerte, perdida
- Como lidiar con la ira
- Como lidiar con el miedo
- Como lidiar con el uso de sustancias (alcohol/drogas)
- Violencia Domestica
- Consejería
- Depresión
- Ansiedad
- Otro: _____

NUTRICION

- Presupuesto de comida
- Comida saludable/leer etiquetas
- Control de peso
- Ejercicio
- Otro: _____

PERSONAL

- Expandir su educación
- Escribir una hoja de vida
- Búsqueda de trabajo
- GED
- ESL
- Asistencia Financiera (FAFSA)
- Obtener la licencia de conducir
- Otro: _____

PATERNIDAD/VIDA DE FAMILIA

- Manutención
- Influencia de los jóvenes
- Siendo padrastro y familias combinadas
- Criando a los nietos
- Paternidad en la juventud
- Divorcio
- Otro: _____

MANEJO DEL HOGAR

- Presupuesto
- Consejería de crédito
- Asistencia para pagar la luz/gas

Asistencia de renta

Otro: _____

SALUD Y SEGURIDAD

- Su casa a prueba de bebés
- Lidiando con alergias
- Primeros auxilios
- Dejar de fumar
- Señales del uso de alcohol/drogas
- Cobertura medica
- Planeación familiar
- Información prenatal
- Cepillar dientes
- Prevenir las caries
- Control de envenenamiento
- Otro: _____

OTRO

Departamento de Salud Pública de Illinois
Cuestionario de Asesoramiento Infantil de Riesgo por el Plomo

Todos los Niños (as) de 6 meses a 6 años deben ser sometidos a un asesoramiento por Envenenamiento de Plomo.

(410 ILCS 45/6.2)

Nombre del Niño (a) _____ Fecha de hoy _____

Edad del Niño (a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Código Postal del Niño (a) _____

Conteste las siguientes preguntas circulando la respuesta adecuada.

Respuesta

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Es éste niño elegible para o inscrito en Medicaid, Head Start, All Kids o WIC? | Sí | No | No Sé |
| 2. ¿Tiene éste niño un hermano (a) que tenga algún nivel de plomo en la sangre de 10 mcg/dL o más alto? | Sí | No | No Sé |
| 3. ¿Vive o visita regularmente éste niño (a) alguna casa construida antes de 1978? | Sí | No | No Sé |
| 4. ¿Desde el año pasado, ha sido expuesto éste niño (a) a reparaciones, pintura, o remodelaciones de la casa construida antes de 1978? | Sí | No | No Sé |
| 5. ¿Es éste niño (a) exilado o un niño (a) adoptado de algún país extranjero? | Sí | No | No Sé |
| 6. ¿Estuvo alguna vez este niño en los países de México, América Central o del Sur, Asia (China o India), o cualquier país donde pudo haber estado expuesto a objetos que contienen plomo (por ejemplo, cosméticos, remedios caseros, medicinas tradicionales o cerámica vidriada) | Sí | No | No Sé |
| 7. ¿Vive éste niño con alguna persona que tenga un trabajo o un pasa tiempo "hobby" que incluya plomo (por ejemplo, personas que hacen joyas, renovación o construcción de edificios, construcción de puentes plomería, recabados de muebles, o un trabajo con baterías o radiadores de automóviles, soldadoras de plomo, vidrio de plomo, proyectiles o balas de plomo, o plomadas para pesca)? | Sí | No | No Sé |
| 8. ¿En algún momento, vivió éste niño cerca de una fábrica donde plomo es usado (por ejemplo, una fábrica metalúrgica o fábrica de pintura)? | Sí | No | No Sé |
| 9. ¿Vive éste niño (a) en un código postal de alto riesgo? | Sí | No | No Sé |

Un examen de sangre debe ser tomado con niños que:

- respondieron alguna de las preguntas con "Sí" o "No sé"
- viven en un código postal de alto riesgo

Todos los niños elegibles para Medicaid deben tomar un examen de sangre a los 12 meses de edad y a 24 meses de edad. Si un niño(a) elegible para Medicaid entre 36 Meses y 72 Meses de edad no a sido examinado previamente, un examen de sangre debe ser tomado.

Si alguna contestación fue "Sí" o "No Sé" y

- no ha ocurrido ningún cambio en sus condiciones de vivienda
- si el niño (a) puede comprobar dos (2) resultados de exámenes de sangre consecutivos siendo cada uno menos de 10 mcg/dL (con un examen a la edad de 2 años o mayor), un examen de sangre no es necesitado ahora.

Examen 1: Resultado del examen de sangre _____mcg/dL Fecha _____

Examen 2: Resultado del examen de sangre _____mcg/dL Fecha _____

Si las respuestas para todas las preguntas fueron "No" revalue en cada visita médica o como sea necesario.

(Signature) Firma del Doctor o Enfermera

(Date) Fecha

State of Illinois
Illinois Department of Children and Family Services

VERIFICATION OF RECEIPT

I/WE, _____
Yo, Nosotros _____ Please Print Name(s) Por favor escriba los nombres

parent(s) of _____, hereby certify that I/we have
padre(s) de _____ Name(s) of Child(ren) Nombre(s) del/los niño(s) certifico que yo/nosotros hemos

received a copy of a summary of licensing standards printed by the Illinois Department of Children and Family Services.
recibido una copia del resumen de los estandares de licencia impresos por el Departamento de Niños y Familias de Illinois

Signature of Parent
Firma del Padre

Date
Fecha

Signature of Parent
Firma del Padre

Date
Fecha

THIS COMPLETED FORM IS TO BE PLACED IN EACH CHILD'S FILE AT THE DAY CARE FACILITY.