



OPCIONES DEL PROGRAMA

Gracias por su interés en el Programa Early Head Start/Head Start de la Ciudad de Oakland. Head Start es un programa preescolar de educación de niños de temprana edad para familias de bajos recursos. Head Start esta diseñado para promover la preparación escolar para niños de 0 a 5 años. A continuación puede leer acerca de las opciones de programa.

Escuela Tradicional (salón de clases)

Horario: 8:30a.m. – 4:30p.m.

EARLY HEAD START:

- ❖ **Broadway** – 2619 Broadway
 - 0 – 3 años
- ❖ **West Grand** – 1058 West Grand
 - 0 – 3 años
- ❖ **San Antonio Park** – 1701 E. 19th St.
 - 18 meses – 3 años
- ❖ **Arroyo Viejo Park** – 7701 Krause Ave
 - 18 meses – 3 años

EARLY HEAD START y HEAD START:

- ❖ **85th Avenue** – 8501 International Blvd.
 - 0 – 5 años
- ❖ **Lion Creek** – 6818 Lion Way, Suite #110
 - 18 meses – 5 años

HEAD START: 3 a 5 años

- ❖ **Brookfield** – 9600 Edes Ave
- ❖ **Franklin** – 1010 E. 15th Street
- ❖ **Manzanita** – 2701 22nd Ave
- ❖ **San Antonio CDC** – 2228 East 15th St.
- ❖ **Sungate** – 2563 International Blvd.
- ❖ **Tassafaronga** – 975 85th Ave.
- ❖ **Laney College** – 900 Fallon Street
- ❖ **Merritt College** – 12500 Campus Drive

Proveedores de Cuidado Infantil

La Ciudad de Oakland, en conjunto con la agencia BANANAS, ofrecen servicios de educación de temprana edad y cuidado de niños a través de Proveedores de Cuidado Infantil. Los proveedores ofrecen los mismos servicios de Head Start y Early Head Start en sus hogares. Los hogares cuentan con licencia para operar servicios de cuidado de niños y cumplen con las mismas regulaciones de las escuelas. Algunos de los beneficios son:

- ❖ Horarios flexibles y servicios de todo el año
- ❖ Grupos pequeños
- ❖ Ubicaciones por varias zonas de Oakland
- ❖ La mayoría de los proveedores ofrecen servicios de 0 – 5 años

Programa Basado en el Hogar

El Programa Basado en el Hogar provee visitas educativas de 90 minutos cada semana en el hogar de la familia. Las visitas son conducidas por una Especialista de Educación de Temprana Edad. Ofrecemos servicios a niños de 0 a 5 años de edad y a mujeres embarazadas (servicios prenatales). Adicionalmente, el programa ofrece eventos de grupos de socialización dos veces al mes para reunir a las familias inscritas en el Programa Basado en el Hogar.

Para más información, nos puede llamar al (510) 238-3165 o visite la pagina web.

WWW.OAKLANDHEADSTART.COM



LISTA DE REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

PADRES/GUARDIANES/TUTORES:

Asegúrese de enviar TODA la documentación requerida que se detalla a continuación. Si no envía toda la documentación requerida, el proceso de solicitud de inscripción se retrasará. Debe presentar lo siguiente:

1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

2. PRUEBA DE EDAD: proporcione **UNO** de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento, pasaporte/visa, tarjeta Medi-Cal, carta de hospital, carta de servicios sociales
- Solicitudes de prueba de embarazo para el programa de madres embarazadas
- Si no hay ningún documento disponible, hable con un miembro del personal para documentar el motivo

3. DOCUMENTACIÓN PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD: NO necesita presentar información sobre sus ingresos si presenta una prueba de asistencia pública, una prueba de falta de vivienda o una prueba de cuidado de acogida.

• Asistencia Pública:

- Comprobante de TANF / CalWORKs (asistencia monetaria), O
- Comprobante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI – siglas en ingles). O
- Comprobante de SNAP/Cal-Fresh, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (cupones de alimentos)

• Prueba de Falta de Vivienda (familias sin hogar):

- Carta de un albergue o agencia de servicios sociales sobre el estado de la vivienda, O
- Encuesta de Vivienda Familiar (para determinar si su familia tiene el perfil de una familia sin hogar, según la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas sin Hogar)

• Hogares de Guarda/Cuidado de Acogida (Cuidado Adoptivo Temporal):

- Carta de servicios sociales, orden judicial o declaración de pago de cuidado de acogida

• Ingresos: ingreso familiar **bruto** de todas las fuentes para el año calendario 2022 o los últimos 12 meses

- Formularios de impuestos del IRS de 2022; 1040, transcripción de impuestos (IRS Transcript), O
- Formularios W-2 (envíe TODOS los formularios W-2 del año 2022)

PUEDA ENVIAR LOS LOS DOCUMENTOS POR EMAIL A ERSEA@OAKLANDCA.GOV O VISITARNOS EN PERSONA.

PROGRAM STAFF ONLY:

- Ensure family has submitted: CPID (if any): _____
 - Proof of Age
 - Proof of Public Assistance **OR** proof of Foster Care **OR** proof of Homelessness **OR** proof of income.
- Make copies (Block/cover private and/or sensitive information)
- Send completed application packet to ERSEA staff. **Incomplete application packets will be returned to receiving staff.** ERSEA staff will not process incomplete application packets. If unable to gather from family, please make note of specific situation or efforts made to gather documents from family below.

Application Type: New Application EHS to HS Transition Application Head Start Third-Year Application

Receiving Staff Name: _____ Date Received: _____

NOTES TO ERSEA STAFF:



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CPID: _____

NIÑO(A) Información sobre el niño(a) (Deje en blanco esta sección si es solicitud de mujer embarazada)

Nombre(s): _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino
 Etnia: Hispana No Hispana
 Raza: Asiática Negra Nativa de Hawái / Islaña del Pacífico Nativa americana o nativa de Alaska Blanca/caucásica Hispana/latina

Idioma principal: _____ Segundo idioma: _____ Otro: _____

Idioma principal que se habla en casa: _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado Competente

MADRE/PADRE/TUTOR PRINCIPAL (A) Información sobre el padre/madre/tutor principal del niño o la madre embarazada

Nombre(s): _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino
 Etnia: Hispana No Hispana
 Raza: Asiática Negra Nativa de Hawái / Islaña del Pacífico Nativa americana o nativa de Alaska Blanca/Caucásica Hispana/Latina

Primer idioma: _____ Segundo idioma: _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado Competente

Situación de los padres: Dos padres Madre/Padre soltero(a) - ¿recibe manutención infantil? Sí No

Situación laboral: Empleado(a) Desempleado(a) Jubilado(a) Estudiante discapacitado(a)
 Nivel de Educación: Menos de Escuela Secundaria Diploma Escuela Secundaria/GED Estudios universitarios en progreso Diploma Universitario
 Relación con el niño: Biológico/Adoptado/Padrastrro Acogida (Foster) Abuelo/Tutor legal/Guardián

MADRE/PADRE/TUTOR SECUNDARIO (B) Información sobre el padre/madre/tutor secundario del niño

Nombre(s): _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Vive en la misma casa con su hijo(a)? Sí No ¿el/ella proporciona manutención infantil? Sí No

Género: Masculino Femenino
 Etnia: Hispana No Hispana
 Raza: Asiática Negra Nativa de Hawái / Islaña del Pacífico Nativa americana o nativa de Alaska Blanca/Caucásica Hispana/Latina

Primer idioma: _____ Segundo idioma: _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado Competente

Situación laboral: Empleado(a) Desempleado(a) Jubilado(a) Estudiante discapacitado(a)
 Estudios más altos completados: Menos de Escuela Secundaria Diploma Escuela Secundaria/GED Estudios universitarios en progreso Diploma Universitario
 Relación con el niño: Biológico/Adoptado/Padrastrro Acogida (Foster) Abuelo/Tutor legal/Guardián

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR OTROS miembros de la familia que viven en casa y son mantenidos por los padres del niño(a)

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el niño
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

SERVICIOS FAMILIARES**Información sobre los beneficios/servicios recibidos por la familia y otras situaciones**

¿La familia recibe alguno de los siguientes beneficios? Las respuestas ayudaran a establecer elegibilidad al programa.

SSI (ingreso suplementario) CalWorks (TANF/ayuda monetaria) Desempleo (EDD) Cupones de alimentos WIC

¿Caso activo de Servicios de Protección Infantil (CPS)? Sí No ¿Orden judicial activa? Sí No

HOGAR DEL NIÑO(A)**Información sobre la situación de vivienda de la familia/Información de contacto**

Dirección: _____ Ciudad/Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Móvil Casa Teléfono secundario: _____ Móvil Casa

¿Podemos enviarle un mensaje de texto? Sí No Teléfono de Trabajo: _____ Móvil Casa

Correo electrónico (1): _____ Correo electrónico (2): _____

Estado de la vivienda:

Alquila o es propietario de casa/apartamento En vivienda de transición Viviendo con parientes/amigos
 En vehículo En albergue para personas sin hogar En hotel/motel Otra situación de vivienda: _____

¿La situación de vivienda de su familia es temporal o inadecuada? No Sí ¿Es por dificultades económicas? Sí No

¿Su familia corre el riesgo de perder su residencia principal en los próximos 30 días? No Sí

Si respondió "Sí" a una de las preguntas arriba, por favor presente el Formulario de Encuesta de Vivienda de la Familia.

SALUD DEL NIÑO(A)**Información sobre la salud, el seguro médico y otras inquietudes del niño**

¿El niño tiene seguro médico? Sí No Medi-CAL: # _____

Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan): Alameda Alliance Blue Shield Kaiser Otros: _____

¿Tiene el niño(a) problemas de salud? Sí No ¿El niño(a) tiene un IEP/IFSP (discapacidad diagnosticada)? Sí No

Nutrición Visión Alergias Oído(s) Asma Necesita tomar medicamentos Otro: _____

OPCIONES DE PROGRAMA**Seleccione las opciones del programa (REVISE LAS OPCIONES EN LA PORTADA)**

Escuela Tradicional (*salón de clases*) – 08:30am – 4:30pm Programa basado en casa (*visitas educativas a su hogar*)

Proveedores de cuidado infantil (*casas con licencia para proveer cuidado de niños. Horarios flexibles y más horas de cuidado*)

Opciones de escuelas: Opción 1: _____ Opción 2: _____ Opción 3: _____

DECLARACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR / GUARDIAN

Certifico bajo pena y perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa o hago una declaración falsa sobre mis ingresos, podría resultar en la descalificación del programa. Entiendo que esta solicitud no estará completa hasta que se haya enviado, revisado y verificado toda la documentación requerida.

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

Entrevista telefónica por COVID 19 o motivo similar Nombre del personal: _____ Fecha: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo/Familia Volante/Folleto Google/Internet Autobús de tránsito AC
 Agencia comunitaria Evento/Feria de la comunidad: _____

¿El solicitante es pariente inmediato de un empleado del Programa HS/EHS de la Ciudad de Oakland? Sí No

¿Tiene cuenta de alguna de las siguientes plataformas de redes sociales? Facebook Instagram Twitter

ENCUESTA DE VIVIENDA DE LA FAMILIA

Las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a determinar la categoría de elegibilidad de familias sin hogar según la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas sin Hogar. Las familias que carecen de hogar fijo, permanente o adecuado pueden inscribirse y comenzar a asistir a los programas Head Start/Early Head Start de inmediato, incluso si no tienen los documentos normalmente necesarios para la inscripción (como registros de vacunación o certificado de nacimiento).

Nombre del niño(a): _____ Madre/Padre/Tutor: _____

Dirección Postal Actual: _____ Ciudad/Código postal: _____

1. ¿Dónde se alojan usted y su familia actualmente?

SECCIÓN A – Marque una casilla

- Alquilo o soy dueño(a) de mi propia casa o apartamento (*si está marcado esta opción, NO necesita responder las siguientes preguntas*)
- La dirección actual es un arreglo de vivienda temporal (*responda las siguientes preguntas*)

SECCIÓN B – Información de vivienda temporal

- Compartimos vivienda con otras personas porque no podemos pagar o encontrar una vivienda asequible
 - **Si está marcada esta opción**, ¿se le puede pedir a su familia que se vaya en cualquier momento sin ningún recurso legal? Sí No
- En un albergue o vivienda de transición
- En un hotel/motel
- En un lugar no diseñado para alojamiento para dormir ordinario, como un automóvil, un parque, en la calle o un campamento
- Otra situación de vida temporal: _____

2. ¿Es este un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Sí No

3. ¿Cuánto tiempo estará en su ubicación actual? _____

4. Comparta detalles/información adicional sobre su situación de vivienda (si corresponde):

Verificación de terceros:

- NO DOY** CONSENTIMIENTO para la verificación de terceros sobre la elegibilidad de mi familia.
- DOY** CONSENTIMIENTO para la verificación de terceros sobre la elegibilidad de mi familia. La Ciudad de Oakland puede comunicarse con la siguiente persona/organización para verificar la elegibilidad de mi familia:

Nombre/Organización: _____ Teléfono: _____

De acuerdo con las leyes de California, certifico que la información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender. Si mi situación de vivienda no cumple con la definición de la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas sin Hogar, entiendo que el personal del programa verificará mi elegibilidad en función de otras categorías de elegibilidad.

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

Entrevista telefónica por COVID 19 o motivo similar Nombre del personal: _____ Fecha: _____

STAFF ONLY: Third-Party Verification (If consent by parent/guardian is given above) Additional notes in CP

1st Third-Party Verification Attempt: _____ 2nd Attempt (if applicable): _____

Third-Party Verification Outcome: Verified Unable to Verify Staff Name: _____