



ALL OUR KIN

All Our Kin *Early Head Start*

Forma de Solicitud Para Familias

Toda la información proporcionada se mantendrá completamente confidencial, y se almacena en un armario cerrado con llave. El personal de All Our Kin mantiene y respeta la privacidad de cada familia.

La solicitud debe ser enviado con copias con los siguientes documentos:

- a. Una copia del certificado de nacimiento del niño
- b. Prueba de ingresos para todos los adultos quien viven en el mismo hogar que su niño. Puede incluir 2 comprobantes de pago recientes o una copia de la forma W-2 del ultimo año o un documento de DSS/Asistencia de Estado, etc. Nota: Si no recibe ningunos ingresos, si puede aplicar. Sólo debe anotar esta información en la aplicación en la parte de los ingresos.
Nota: Tiene que enviar comprobantes de pago o formas de W-2 para cada adulto quien viva en la misma casa de su hijo/a.
- c. Prueba de dirección: puede incluir un contrato de arrendamiento (más común) o una cuenta de servicios públicos (factura de luz o de gas), etc.
- d. Una copia de un examen físico (“State of Connecticut Health Assessment Record”) del niño recientemente, incluyendo un registro de las inmunizaciones.
- e. Los **registros dentales** del niño mas recientes.

Después de completar la aplicación y obtener toda la documentación necesaria, traiga las copias de los documentos con su aplicación a la oficina de All Our Kin (414A Chapel Street, New Haven, CT 06511) entre las horas de 9 am y 5 pm. *(La oficina está ubicada entre East Street y Hamilton Street, cerca del parque de Wooster Square en New Haven.)* También puede mandar los documentos por correo a P.O. Box 8477, New Haven, CT 06530 o por fax (203-772-2386).

Si tiene preguntas, puede llamar a Carmen al 203-772-2294 ext. 20 o inscribirse al correo electrónico a carmen@allourkin.org

GRACIAS POR SU INTERES EN EARLY HEAD START!

INFORMACIÓN SOBRE NIÑO Y FAMILIA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Nombre de Guardian #1: _____ Relación al niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ ¿Vive con el niño actualmente?: Si No

Nombre de Guardián #2: _____ Relación al niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ ¿Vive con el niño actualmente?: Si No

Nombre de contacto en una emergencia: _____ Relación al niño/a _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

****Tiene que dar información sobre *todas* las personas que viven en el mismo hogar que su niño****

Nombres (Adultos):	Fecha de nacimiento	Relación a usted	Raza	Sexo (M/F)	Lenguaje	¿Tiene empleo?	¿FT o PT?	Ingreso mensual	¿Escuela o entrenamiento?	¿FT o PT?
						Y N		\$	Y N	
						Y N		\$	Y N	
						Y N		\$	Y N	
						Y N		\$	Y N	

Nombre (Niños):	Fecha de nacimiento	Relación a usted	Raza	Sexo (M/F)	Lenguaje	¿Dirigiéndose a Early Head Start?
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N

Nombre de hermanos/as del niño que NO viven en la misma casa actualmente	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Con quién vive el hermano/a del niño?

¿Cuántos personas viven en su casa actualmente? _____

¿Hay cambios que usted espera en el siguiente año (mudanzas, cambio de trabajo, nacimientos etc.)? Por favor, describa: _____

1. ¿Está usted o otra persona que vive en su casa actualmente recibiendo los siguientes beneficios? Por favor, especifica la cantidad de dinero mensual para cada beneficio que la gente en su casa recibe.

- TANF \$____/mes
- SNAP (para comida) \$____/ mes
- SSI \$____/ mes
- WIC \$____/ mes
- DCF estipendio \$____/ mes
- Desempleo \$____/ mes
- Manutención/pensión para menores ordenado por un juez \$____/ mes

2. ¿Cual es el situación actual de la vivienda para su familia?

- Alquiler casa
- Propietarios de la casa
- Sin hogar (por favor, especifique donde están viviendo actualmente_____)

3. ¿Su familia ha mudado en los últimos 2 años? Si No

4. ¿Su niño/a está involucrado con alguna de los siguientes programa o agencias?

- DCF
- Birth to Three
- ECAT
- Yale Child Study Center
- Clifford Beers

5. ¿Cual tipo de seguro medico tiene su niño/a?

- HUSKY
- Medicaid
- Seguro medico privado (por favor, especifica _____)

6. ¿Alguno de los padres / tutores de su hijo se identifica con cualquiera de las siguientes categorías?

- Militar active EEUU
- Veterano militar EEUU
- Refugio
- Padre adolescente
- Discapacitado

7. ¿ Cual es su forma de transportación principal? Bus Coche Caminando Otro (_____)

EVALUACION DE LA SALUD Y LA NUTRICION

1. ¿El niño/a tiene necesidades dietéticas especiales o requisitos de alimentación? Sí No

¿Cuáles son los requisitos? _____

2. ¿Hay alimentos que su hijo no come por razones religiosas o culturales? Sí No

¿Qué no puede comer? _____

3. ¿Su niño/a todavía utiliza una biberón? Si No ¿Cuando lo usa? _____

4. ¿Todavía amamanta a su hijo/a? Si No

5. ¿Cuándo fue la fecha de la última cita de su niño/a un médico? _____

6. ¿Cuando es la última cita de su niño/a una dentista? _____

7. ¿Su hijo toma algún medicamento (diario u ocasional)? Si No ¿Que son? _____

8. ¿Alguna vez ha notado algún efecto secundario del medicamento? _____

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES Y FIRME ABAJO:

He leído esta forma o alguien me la ha leído en un idioma que yo entiendo.

Certifico que la información en este formulario es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Si he dado información incorrecta, puedo estar sujeto a sanciones por declaración falsa como se especifica en los Estatutos Generales de Connecticut ya las penas por perjurio bajo la ley federal.

Entiendo que debo proporcionar al programa de "Care-4-Kids" de CT y a All Our Kin, Inc. con la información necesaria para determinar la elegibilidad y calcular los beneficios de manera oportuna y precisa. Debo permitir que el programa "Care-4-Kids" verifique la información que he de presentar de forma independiente.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de Personal de All Our Kin Early Head Start

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN

Yo (nosotros) _____, el padre (s) o tutor (s) de _____ doy (damos) permiso para que el personal de All Our Kin y el proveedor de cuidado infantil de mi hijo tenga acceso a toda la información contenida en el expediente de mi hijo, incluyendo información de salud. Yo (nosotros) también doy (damos) permiso para que cualquier inspector de las agencias reguladoras tenga acceso a el archivo de mi familia y al archivo de salud y otra información del niño.

Yo (nosotros) también doy (damos) permiso para que el personal de All Our Kin y el proveedor de cuidado infantil de mi niño pueda obtener información sobre la salud de mi hijo del proveedor médico de mi hijo como sea necesario para asegurar el cuidado apropiado de mi hijo. También doy (damos) permiso para que el personal de All Our Kin y el proveedor cuidado infantil de mi hijo pueda obtener información acerca de mi niño de otras agencias de servicios sociales sin fines de lucro y, incluyendo pero no limitado al Departamento de Connecticut de los Servicios Sociales, Centro de Yale Child Study, DCF, etc. Entiendo que todos los registros médicos y otros datos obtenidos por All Our Kin y el proveedor de cuidado infantil de mi hijo se mantendrán confidenciales. Certifico que esta solicitud ha sido hecha libremente, voluntariamente y sin coacción. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

ALL OUR KIN

414A Chapel Street, Ste.100

New Haven, CT 06511

Tele: 203-772-2294 Fax: 203-772-2386

Yo, _____, (nombre de padre/tutor) doy permiso para:

Nombre del doctor del niño: _____

Teléfono de la oficina del doctor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip : _____

Nombre de la dentista del niño: _____

Teléfono de la oficina de la dentista: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip : _____

Para liberar a la información del programa todos All Our Kin Early Head Start perteneciente a exámenes y / o tratamientos médicos y dentales de mi hijo. Esta información será utilizada exclusivamente para planificar y coordinar el cuidado de mi hijo y se mantendrá confidencial.

Nombre del Niño : _____ Fecha de Nac.: _____
Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

Propósito: Entiendo que el propósito específico de esta autorización es de conformidad con las normas y directrices del Programa Early Head Start.

Información a revelar: Esta autorización permite que el proveedor de arriba para revelar los siguientes registros médicos:

- Toda mi información de salud que el proveedor tiene en su posesión, incluida la relativa a cualquier historial médico, condición mental o física y los servicios recibidos por mi hijo.**

Plazo: Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que el niño salga del el Programa de All Our Kin Early Head Start.

La negativa a firmar/derecho de revocar: Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) la presente Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de tratamiento por mi proveedor de salud médica.

Revocación: Entiendo que esta autorización se mantendrá vigente hasta que el término de esta autorización expire o cuando proporcione una notificación escrita de revocación a mi profesional de salud. La revocación será efectiva inmediatamente después de recibir el profesional de cuidado de salud mi notificación por escrito, a excepción de que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier medida adoptada por el profesional de cuidado de salud en la dependencia de esta autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

Firma de padre/tutor

Fecha

Firma del testigo