



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. **Comprobante de ingresos** para todos los adultos que trabajan: pueden ser dos comprobantes de pago más recientes O una copia del W-2 del año pasado o un DSS / Documento de asistencia estatal, etc. Si actualmente no tiene ingresos, envíe y firme un estado de cuentas sin ingresos. Tenga en cuenta que: ES NECESARIO presentar comprobantes
- 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](mailto:carmen@allourkin.org)

#### **Tenga en cuenta:**

El programa Early Head Start de All Our Kin fomenta las solicitudes de familias y niños de todas las razas, etnias, religiones, nacionalidades, estructuras familiares, orientaciones sexuales, géneros, edades y capacidades. Estamos comprometidos activamente en el desarrollo de una comunidad culturalmente competente que valora la equidad, la inclusión y la justicia. Además, apoyamos los derechos de todos los niños a participar plenamente en el entorno de cuidado infantil familiar. En este marco inclusivo, los niños aprenden y juegan juntos, la participación en las actividades diarias se asegura mediante la práctica de cumplir con las habilidades individualizadas, y se valoran las fortalezas, las necesidades y los derechos de cada niño. A través de este proceso, se prioriza y maximiza el desarrollo del sentido de pertenencia, las relaciones sociales, el crecimiento de las habilidades y el aprendizaje de cada niño.

**¡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 Guardián #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

**¿A quién debemos contactar en caso de una emergencia?** Nombre \_\_\_\_\_

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

¿El niño tiene otros hermanos en la familia que NO viven en la misma casa? Por favor liste los detalles a continuación:

Nombre del hermano/a del niño	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Con quién vive el hermano/a del niño?


¿Cuántas 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 la situación actual de la vivienda para su familia?

- Alquiler casa (¿está su nombre en el contrato de arrendamiento del lugar donde vive? Sí / No)
- Propietarios de la casa
- Sin hogar (por favor, especifique donde están viviendo actualmente, for ejemplo en un refugio o con familia o amigos \_\_\_\_\_)

3. ¿Su familia ha mudado en los últimos 12 meses?  Si  No (si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_)

4. ¿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

5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Grado 9 o menos  Alguna escuela secundaria  Alumno de escuela secundaria  GED  Algunas carreras universitarias/vocacionales/grados asociados  Título avanzado

6. ¿Cual es su forma de transportación principal?  Bus  Coche  Caminando  Otro (\_\_\_\_\_)

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

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

8. ¿Alguna vez le han diagnosticado una discapacidad a su hijo?

- Sí, con un diagnóstico de: \_\_\_\_\_  No

9. ¿Necesita su hijo algún soporte para la alimentación (tubo de alimentación, técnicas especiales, etc.)?

Sí, mi hijo usa: \_\_\_\_\_  No

10. ¿Usa su hijo algún soporte de movilidad (silla de ruedas, andador, etc.)?

Sí, mi hijo usa: \_\_\_\_\_  No

11. ¿Hay algo más que deberíamos saber sobre las necesidades de su hijo? \_\_\_\_\_

12. ¿Cual tipo de seguro médico tiene su niño/a?

HUSKY  Medicaid  Seguro médico privado (por favor, especifica \_\_\_\_\_)

13. ¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales (si es así, por favor describa): \_\_\_\_\_

14. ¿Hay alimentos que su niño no come por razones religiosas o culturales (si es así, por favor describa)?  
\_\_\_\_\_

15. ¿Su niño todavía utiliza una botella?  Sí  No ¿Cuándo lo usa? \_\_\_\_\_

16. ¿Todavía amamanta a su hijo?  Si  No

17. ¿Cuándo fue la fecha de la última cita médica de su hijo? \_\_\_\_\_

18. ¿Cuál fue la fecha de la última cita dental de su hijo? \_\_\_\_\_

19. ¿Su hijo toma algún medicamento diariamente? (En caso afirmativo, ¿cuáles?) \_\_\_\_\_

20. ¿Cuáles son los efectos secundarios del medicamento, si corresponde? \_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_, el padre (s) o tutore (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 también doy 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**