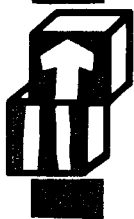




Head Start of Washington County, Inc.

- ❖ El programa está fundado para servir 444 mujeres embarazadas y niños de las edades de 0-5 años y sus familias residentes en Washington County.
- ❖ Los niños y sus familias deben cumplir con los ingresos requeridos para ser elegibles dentro del programa. Los niños y sus familias que reciben asistencia financiera, estampillas de comida, y otros como TANF servicios del departamento de Servicios Sociales pueden ser elegibles para nuestro programa.
- ❖ Nuestro programs ofrece las siguientes opciones:
 - **Parte del día / salones parte del año**
 - **Parte del día / salones todo el año**
 - **Todo el día / Salones todo el año (se requiere POC)**
 - **Opcion basado en el hogar**
- ❖ Los salones estan localizados en las siguientes direcciones:
 - **Martin Luther King Center**
131 W. North Ave. (301-797-5231)
 - **Noland Village Community Center**
1048 Noland Dr. (301-797-4602)
 - **Westshire Center**
920 W. Washington St. (301-733-4640)
 - ~~**Pleasant Valley Baptist Church**~~
~~**3346 Gapland Rd. (301-432-2595)**~~
 - **Elgin Station Community Center**
40 Elgin Blvd. (301-791-7333)
- ❖ Para recibir una aplicación, contacte o pase por nuestro centro de Head Start. Usted tambien puede llamar a matricularse al 301-797-5231 ext. 110.

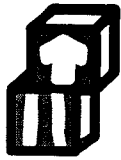


Head Start of Washington County, Inc.
Prueba de Ingresos

Los siguientes documentos son ejemplos que se pueden usar para verificar los ingresos de su familia:

- Recibo de los ingresos (por cada diferente trabajo en los pasados 12 meses)
- Cheque de desempleo
- Una carta del Departamento de Servicios Sociales
- W-2 formulario de los impuestos (Tax form)
- Una copia de los impuestos actuales archivado con el IRS
- Cualquier otro documento que muestre sus ingresos

Complete por favor el uso y vuelva con la documentación de la renta a la dirección en el fondo del aplicación o a cualesquiera de los centros de Head Start.



Head Start of Washington County, Inc.

Formulario de Selección



Información del niño

Información De la Familia

Nombre del niño/niña _____

Día de nacimiento _____ Hombre Mujer

Dirección _____
Estado Estado Código postal

Seguro social del niño _____

Teléfono de la casa _____

Si no tiene teléfono a quien se puede contactar _____

Número de personas viviendo en la casa Niños _____ Adultos _____

Lengua Primaria del niño _____ Raza del niño _____

Con vive el niño:

Madre Padre Los dos padres Padre adoptivo Guardian

¿El niño tiene seguro médico? Si No

¿El niño tiene necesidades especiales?

Cuales? _____

¿El niño ha sido diagnosticado por un especialista?

Cuando? _____

¿El niño tiene I.E.P./I.F.S.P.? Si No

Por Favor escoja una de las siguientes:

Los padres proveeran transporte al niño

El niño usará el servicio del bus (si es aplicable)

¿Alguno de sus niños está registrado en Early Head Start or Head Start?

¿Si cuáles son los nombres de los niños?

Nombre de la madre o guardian _____
(viviendo en la casa)

Día de nacimiento _____

Lengua primera de la madre _____ Raza del madre _____

¿La madre o guardian es menor de 20 años? Si No

¿Tiene diploma de grado? Si No

¿Esta embarazada? Si No

¿Es Inglés su Segunda lengua? Si No

Dirección del correo electrónico: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre o guardian _____
(viviendo en la casa)

Día de nacimiento _____

Primera lengua del padre _____ Raza del padre _____

¿El padre o guardian es menor de 20 años? Si No

¿Tiene diploma de grado? Si No

¿Es Inglés su Segunda lengua? Si No

Dirección del correo electrónico: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Estado:

Soltero/soltera Casados Divorciados Separados Viudo

¿Es el niño actualmente nómada, viviendo en un abrigo o una casa intermedia? Si No

¿Tiene 3 o más niños debajo de 5 años viviendo en la casa? Si No

¿Su familia recibe asistencia en estampilla de comida? (se requiere una carta de eligibility) Si No

¿Su familia recibe beneficios de SSI? Si No

¿Usted recibe comprobante o vale para el cuidado de niños? Si No

¿El niños está recibiendo servicios de las siguientes agencias?

Early Intervention Healthy Families The Family Center Parent Child Center

¿Cómo se enteró del programa de Head Start?

Firma del padre o Guardian _____

Día _____



POR FAVOR COMPLETAR LOS DOS LADOS DEL FORMULARIO



Correo o vuelta a:

Head Start of Washington County, Inc.

131 West North Avenue

Hagerstown, MD 21740

(301) 797-5231

Uso de la oficina solamente

Family Number

Ranking Points

Para uso de la agencia

INRESOS FAMILIARES

EMPLOYMENT

Padre/Guardian (viviendo en la casa)

Ingresos (antes de los impuestos) _____

Nombre de Empleador _____

Empleador No de telefono _____

Tiempo completo No. de horas _____

Medio Tiempo No. de horas _____

Periodo de pago

Semanal Dos veces por semana

Dos veces al mes Al mes Al Año

Todo el año? Si No

Temporal? Si No

Por favor incluya una copia de su pago
W-2 form or 1040

Complete lo siguiente si tiene un Segundo trabajo

Ingresos (antes de los impuestos) _____

Nombre de Empleador _____

Empleador No de telefono _____

Tiempo completo No. de horas _____

Medio Tiempo No. de horas _____

Periodo de pago

Semanal Dos veces por semana

Dos veces al mes Al mes Al Año

Todo el año? Si No

Temporal? Si No

Por favor incluya una copia de su pago
W-2 form or 1040

EMPLEADOR

Madre/Guardian (viviendo en la casa)

Ingresos (antes de los impuestos) _____

Nombre de Empleador _____

Empleador No de telefono _____

Tiempo completo No. de horas _____

Medio Tiempo No. de horas _____

Periodo de pago

Semanal Dos veces por semana

Dos veces al mes Al mes Al Año

Todo el año? Si No

Temporal? Si No

Por favor incluya una copia de su pago
W-2 form or 1040

Complete lo siguiente si tiene un Segundo trabajo

Ingresos (antes de los impuestos) _____

Nombre de Empleador _____

Empleador No de telefono _____

Tiempo completo No. de horas _____

Medio Tiempo No. de horas _____

Periodo de pago

Semanal Dos veces por semana

Dos veces al mes Al mes Al Año

Todo el año? Si No

Temporal? Si No

Por favor incluya una copia de su pago
W-2 form or 1040

OTROS INGRESOS DE LA CASA

Si es aplicable complete la siguiente información.

FUENTE

CANTIDAD

TANF (TCA)

Incluyendo carta certificada

\$ _____

Seguro Social/Pensión

Incluyendo carta de elección

\$ _____

Beneficios SSI

Incluyendo carta de elección

\$ _____

Mantener al niño

Semanal 2 veces a la semana Al mes

Incluyendo copia de cheque o cuenta bancaria

\$ _____

Desempleado

Semanal 2 veces a la semana

Incluyendo una copia del cheque de desempleo o copia de cheque

\$ _____

Subsidio Padre Adoptivo

Incluyendo copia de la carta

\$ _____

Especificar otro

Incluyendo copia de documentación

\$ _____

No ingresos (Por favor firme y lea debajo)

Firma _____

Día _____

Entiendo que esta forma será utilizada para recibir ventajas bajo programa federal de HeadStart. El abastecimiento con conocimiento de la información falsa puede ser una violación criminal bajo ley federal. Firmando esta forma, certifico y atestigo que al mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en esta forma es verdad y exacta.

Nota: Toda la renta debe ser verificada. Si usted recibe estampillas del alimento, una copia de su letra del certificatioin debe ser incluida.

HEAD START OF WASHINGTON COUNTY

PHYSICAL FORM

131 W North Ave.
Hagerstown, MD 21740

Phone (301) 797-5231
Fax (301) 797-5364

TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF OR HEALTH CARE PROVIDER BEFORE PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

TO BE COMPLETED BY HEAD START STAFF OR HEALTH CARE PROVIDER BEFORE PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

CHILD'S NAME: _____ SEX: M F BIRTHDATE: _____
 HEAD START CENTER: _____ PHONE: _____
 STREET ADDRESS: _____
 CITY: _____ ST: _____ ZIP: _____

1. RELEVANT INFORMATION: (from Health History, Parent/Teacher Observations)

2. SCREENING TESTS Starred Items (*) are required by Head Start and recommended by the American Academy of Pediatrics for children ages 3 to 5 years. Enter dates if done previously. When recording results, enter at a minimum "N", "S", or "A" for NORMAL, SUSPECT, OR ATYPICAL/ABNORMAL, respectively.

TEST	DATE	RESULTS	TEST	DATE	RESULTS
a. PRESENT AGE *		Yrs. Mos.	g. VISION *		
b. HEIGHT *			(Type of Test)*		
(no shoes, to nearest 1/8 in.)			ACUITY, R / L		
c. WEIGHT *			RESCREENING		
(light clothing to nearest 1/4 lb.)			STRABISMUS		
d. BLOOD PRESSURE			COMMENTS:		
e. HEMATOCRIT OR HEMOGLOBIN *			h. OTHER TESTS (if indicated)		
f. HEARING *			(1) TB*		
(Type of Test)*			(2) Sickle Cell		
RESULTS, R / L			(3) Lead *		
RESCREENING			12 Months		
COMMENTS:			24 months		
			(4) Ova & Parasites		
			(5) Urinary sys		

3. PHYSICAL EXAMINATION / ASSESSMENT Complete and return to HEAD START

	NORMAL FOR AGE	ABNORMAL	NOTE EVAL
a. GENERAL APPEARANCE			
b. POSTURE, GAIT			
c. SPEECH			
d. HEAD			
e. SKIN			
f. EYE: (1) External Aspects			
(2) Optic Fundiscopic			
(3) Cover Test			
g. EARS (1) External Aspects			
(2) Tympanic Membranes			
h. NOSE, MOUTH, PHARYNX			
i. TEETH			
j. HEART			
k. LUNGS			
l. ABDOMEN (include hernia)			
m. GENITALIA			
n. BONES, JOINTS, MUSCLES			
o. NEUROLOGICAL/ SOCIAL			
(1) Gross Motor			
(2) Fine Motor			
(3) Communication Skills			
(4) Cognitive			
(5) Self-Help Skills			
(6) Social Skills			
p. GLANDS (lymphatic/Thyroid)			
q. MUSCULAR COORDINATION			
r. OTHER			

s. GENERAL STATEMENT ON CHILD'S PHYSICAL STATUS

4. ABNORMAL FINDINGS, TREATMENTS, AND RECOMMENDATIONS AND FOLLOW-UP

a.
b.
c.
d.

Date : _____

Signature: _____

BLOOD LEAD LEVELS IS A REQUIRED FIELD

DATE OF NEXT WELL CHILD CHECK: _____



Head Start requires all areas of this form to be completed.

TO BE COMPLETED BY HEALTH PROVIDER DURING AND AFTER PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____ LAST _____ FIRST _____ MI _____

SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE _____ / _____ / _____

COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____

PARENT NAME _____ PHONE NO. _____
OR
GUARDIAN ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP DT-Td-Tdap Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Heb B Mo/Day/Yr	PCV7 Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV4 Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Other _____	Other _____	Other _____	Other _____
4													
5													

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Office Stamp

1. _____
Signature Title Date
(Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
Signature Title Date

3. _____
Signature Title Date



Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

LOST OR DESTROYED RECORDS: (Must be reviewed and approved by a medical provider or the local health department. See notes)

I hereby certify that the immunization records of this child have been lost, destroyed or are unobtainable.

Signed: _____ Date: _____
Parent or Guardian

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM IMMUNIZATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY IMMUNIZATIONS THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

The above child has a valid medical contraindication to being immunized at this time.

This is a permanent condition temporary condition until _____ / _____ / _____

Check appropriate box, indicate vaccine(s) and reasons: _____

Signed: _____ Date _____
Physician or Health Officer

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any immunizations being given to my child.

Signed: _____ Date: _____