A Program of Eastern Idaho Community Action Partnership

EICAP EARLY CHILDHOOD PROGRAMS HS/EHS

935 E. Lincoln Rd, Idaho Falls, ID 83401 Phone: (208) 522-5370 - Fax: (208) 542-1453

SOLICITUD PARA PROGRAMAS EDUCACION TEMPRANA EICAP HS/EHS

Estimado padre prospectivo,

Gracias por su interés en el Programa de Educación Infantil. Después de haber completado la solicitud, asegúrese de proporcionar toda la información necesaria para evitar cualquier retraso en el procesamiento y la aceptación de la solicitud de su hijo.

Por favor, siga los siguientes pasos para asegurarse de que su solicitud está completa.

1er Paso: Complete la solicitud y proporcionar los documentos a continuación

-Verificación de Ingresos- Identificar lo que ganó por los 12 meses anteriores. Uno de los siguientes
*** Declaración de impuestos reciente, W2, Talones de pago, declaración del empleador**

-Acta de nacimiento o tarjeta de cuna
-Registros de Vacunas
-Examen del Dentista
-Tarjeta de Seguro Social
-Examen del Pediatra

Si aplica, también proporcionará

Pensión alimenticia / Decreto de Divorcio Contrato de Custodia Orden de Protección / No Contacto Beneficios de Desempleo

Verificación De Crianza Temporal Sustento de Menores Becas Universitarias Ingreso de Seguro Social (SSI /

Beneficios de TANF Asistencia Pública Beneficios del Kin-care

2ndo Paso: Regrese la aplicación completa a Head Start. Las aplicaciones pueden ser entregadas o enviadas por correo a:

En Persona
EICAP Head Start
935 E. Lincoln Road
Idaho Falls, ID 83401

Por Correo
EICAP Head Start
PO Box 51098
Idaho Falls, ID 83405

3er Paso: Una vez que usted proporciona su solicitud completa a Head Start, la revisaremos para verificar la elegibilidad. Vamos a pedir información adicional cuando sea necesario.

4to Paso: La Oficina Central se comunicará usted una vez que su hijo ha sido aceptado. Usted tendrá que asistir a una orientación obligatoria. Los detalles de la orientación serán proporcionados en la carta de aceptación

TRANSPORTE: EICAP Head Start no proporcina transporte

Eastern Idaho Community Action Partnership

Universal Intake

¿Como supiste de nosotros? ☐Medios de Comunicación Social ☐Periódico ☐Radio ☐ Poster/Volantes ☐Referido por la Familia /Amistad

☐Referido por otra Agencia ☐Otro (debe indicar): _____

Para poder servirles mejor y eficientemente favor de presentar tarjeta de seguro social de cada miembro de familia que está aplicando al igual que tarjeta de Identificación del solicitante.

Informacion para Padres **Información General del Solicitante**		
Apellido del solicitante:	Primer nombre del solicitante:	Letra Inicial de Segundo Nombre:
Dirección POSTAL:		
Ciudad:	Estado: **IDAHO**	Código postal:
Dirección FISICA: (Si es la misma que la dirección postal, deje en blanco)		
Ciudad:	Estado: **IDAHO**	Código postal:
Condado:	Teléfono de casa:	Teléfono de celular:
Dirección de correo electrónico:	¿Se le puede contactar por correo electrónico? ☐ Si ☐ No	
Miembros del hogar: proporcione detalles sobre las personas que viven en su hogar.		
Tipo de Hogar: ☐ Persona soltera ☐ Padre Soltero ☐ Hogar multigeneracional ☐ 2 Adultos (no niños) ☐ Casa de dos padres ☐ Padres de crianza ☐ Madre Soltera ☐ Adultos no relacionados con niños ☐ Abuelos criando nietos ☐ Otro_____		
Estado actual de la vivienda: ☐ Sin hogar ☐ En riesgo de perder vivienda ☐ En riesgo de quedarse sin hogar ☐ Establemente alojado	**Situación actual de la vivienda:** ☐ Propia ☐ Viviendo/Quedándose con otro ☐ Alquilar (No Subsidio) ☐ Refugio de emergencia ☐Alquilar (Subsidio) ☐ Centro de cuidado a largo plazo ☐Centro De rehabilitación de Drogas/ Centro de Desintoxicación	
Número TOTAL de miembros en el hogar:		

OFFICE USE ONLY: Initial Department _____Initial Program_____

Date of Intake _____ Client ID#_____ Intake Worker: _____

Informacion para Padres	**Información del Solicitante**	**Pg1**

Fecha de nacimiento: *Verificación Visual* ☐	**# de Seguro Social:** *Verificación Visual* ☐

Sexo / Genero	**Etnicidad:**
☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer) ☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre) ☐ Otro _____	☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐Otro_____

Raza:

☐ Blanco
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
Afiliación de Tribu: _____
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____
☐Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Asiático

Estado Civil:	**Ciudadanía Estadunidense**
☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____	☐ Si ☐ No

Situación Militar:	**Sin Hogar:**	**Discapacitado/a**
☐ Veterano/a ☐ Militar Activo ☐ N/A	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):

☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No
Marque todo lo que corresponda:

☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:

☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:

☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):

☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Miembro del Hogar **Pg ____ of _____**

Nombre:	**Relación al solicitante:**
Fecha de nacimiento: *Verificación Visual* ☐	**# de Seguro Social:** *Verificación Visual* ☐
Sexo / Genero ☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer) ☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre) ☐ Otro _____	**Etnicidad:** ☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐Otro_____

Raza:

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Blanco
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____

Estado Civil:	**Ciudadanía Estadunidense**
☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____	☐ Si ☐ No

Situación Militar:	**Sin Hogar :**	**Discapacitado/a**
☐ Veterano/a ☐ Militar Activo ☐ N/A	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):

☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No

Marque todo lo que corresponda:

☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:

☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:

☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):

☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Miembro del Hogar **Pg ____ of _____**

Nombre:

Relación al solicitante:

Fecha de nacimiento:
Verificación Visual ☐

 # de Seguro Social:
Verificación Visual ☐

Sexo / Genero
☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer)
☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre)
☐ Otro _____

Etnicidad:
☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐Otro_____

Raza:
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Blanco
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____

Estado Civil:
☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a
☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____

Ciudadanía Estadunidense
☐ Si ☐ No

Situación Militar:
☐ Veterano/a ☐ Militar Activo
☐ N/A

Sin Hogar :
☐ Si ☐ No

Discapacitado/a
☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):
☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No
Marque todo lo que corresponda:
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:
☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:
☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):
☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Otro membro del hogar

Miembro del Hogar **Pg ____ of _____**

Nombre:

Relación al solicitante:

Fecha de nacimiento:
Verificación Visual ☐

 # de Seguro Social:
Verificación Visual ☐

Sexo / Genero
☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer)
☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre)
☐ Otro _____

Etnicidad:
☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐Otro_____

Raza:
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Blanco
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____

Estado Civil:
☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a
☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____

Ciudadanía Estadunidense
☐ Si ☐ No

Situación Militar:
☐ Veterano/a ☐ Militar Activo
☐ N/A

Sin Hogar :
☐ Si ☐ No

Discapacitado/a
☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):
☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No
Marque todo lo que corresponda:
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:
☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:
☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):
☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Otro membro del hogar	**Miembro del Hogar**	**Pg ____ of _____**

Nombre:

Relación al solicitante:

Fecha de nacimiento:
Verificación Visual ☐

 # de Seguro Social:
Verificación Visual ☐

Sexo / Genero
☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer)
☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre)
☐ Otro _____

Etnicidad:
☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles
☐Otro_____

Raza:
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Blanco
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____

Estado Civil:
☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a
☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____

Ciudadanía Estadunidense
☐ Si ☐ No

Situación Militar:
☐ Veterano/a ☐ Militar Activo
☐ N/A

Sin Hogar :
☐ Si ☐ No

Discapacitado/a
☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):
☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No
Marque todo lo que corresponda:
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:
☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:
☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):
☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Otro membro del hogar	**Miembro del Hogar**	**Pg ____ of _____**

Nombre:	**Relación al solicitante:**
Fecha de nacimiento: *Verificación Visual* ☐	**# de Seguro Social:** *Verificación Visual* ☐
Sexo / Genero ☐ Hombre ☐ Mujer Trans (Hombre a Mujer) ☐ Mujer ☐ Hombre Trans (Mujer a Hombre) ☐ Otro _____	**Etnicidad:** ☐ Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐ No Hispano, Latino o Orígenes Españoles ☐Otro_____

Raza:
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas
☐ Blanco
☐ Multi -razas (2 razas o más de las mencionadas arriba)
☐ Otro _____

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro _____	**Ciudadanía Estadunidense** ☐ Si ☐ No

Situación Militar: ☐ Veterano/a ☐ Militar Activo ☐ N/A	**Sin Hogar :** ☐ Si ☐ No	**Discapacitado/a** ☐ Si ☐ No

Beneficios no Monetarios (Marque todo lo que corresponda):
☐ SNAP
☐ WIC
☐ TAFI/ TANF
☐ LIHEAP
☐ Housing Choice Voucher
☐ Public Housing
☐ Permanent Supportive Housing
☐ HUD-VASH
☐ Childcare Voucher
☐ Affordable Care Act. Subsidy
☐ Other _____

Seguro Médico: ☐ Si ☐ No
Marque todo lo que corresponda:
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ State Children's Health Insurance Program
☐ State Health Insurance for Adults
☐ Compra directa
☐ Basado en el empleo
☐ Otro_____

Situación Laboral Actual:
☐ Tiempo completo
☐ Medio Tiempo
☐ Negocio Propio
☐ Jubilado
☐ Buscando
☐ Trabajador agrícola estacional migrante
☐ Desempleado(6 meses o menos)
☐ Desempleado (más de 6 meses)
☐ Desempleado (no en la fuerza laboral)

Educación:
☐ Grado 0-8
☐ Grado 9-12 / No Graduado
☐ Graduado de Preparatoria / Diploma de equivalencia
☐ Actualmente en la escuela: _____
☐ 12 grado + Algunos postsecundarios
☐ Graduado de otra escuela postsecundaria
☐ Otro_____

Seguro Social (Marque todo lo que corresponda):
☐ Jubilación de SS ☐ SSDI (Discapacidad) ☐ SSI (Ingreso Sec. Complementario)

Ingreso Familiar: Proporcione detalles de los ingresos de cada miembro del hogar. Si hay mas miembros en el hogar que no caben en esta aplicación, por favor pida otra página.				
Miembro del Hogar:	**Solicitante / Yo**			
Fuentes de ingresos: *Marque todo lo que corresponda*	☐ Salario ☐ Seguro Social ☐ SSI ☐ AABD ☐ Beneficio de VA ☐ TAFI ☐ Manutención de hijos ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión ☐ Anualidad ☐ Desempleo ☐Ninguno ☐ Otro:	☐ Salario ☐ Seguro Social ☐ SSI ☐ AABD ☐ Beneficio de VA ☐ TAFI ☐ Manutención de hijos ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión ☐ Anualidad ☐ Desempleo ☐ Ninguno ☐ Otro:	☐ Salario ☐ Seguro Social ☐ SSI ☐ AABD ☐ Beneficio de VA ☐ TAFI ☐ Manutención de hijos ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión ☐ Anualidad ☐ Desempleo ☐ Ninguno ☐ Otro:	☐ Salario ☐ Seguro Social ☐ SSI ☐ AABD ☐ Beneficio de VA ☐ TAFI ☐ Manutención de hijos ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión ☐ Anualidad ☐ Desempleo ☐ Ninguno ☐ Otro:

Ingrese información de ingresos mensuales aquí:		
Miembro del Hogar (Nombre):	**Fuente de Ingresos:**	**Cantidad Mensual:**

Declaracion de cero ingresos - Favor de verificar que en los últimos 3 meses ningún miembro de su hogar a tenido ingresos.		
Declaro y certifico que a mi leal facultad y entender los ingresos de mi hogar han sido CERO en los últimos 3 meses. Certifico que mi declaración es verídica y entiendo que es un acto criminal y penado el hacer declaraciones falsas. Favor de proveer una explicación en como las necesidades básicas de su hogar han sido satisfechas en los últimos 3 meses.		
Albergue	**Comida**	**Utilidades**

Firma del Solicitante:		**Fecha:**	

Certifico que a mi leal saber y entender la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que EICAP puede requerir verificación adicional para otros programas.
¿Estás dispuesto a hacer un compromiso a largo plazo para compartir comentarios? ☐ Si ☐ No

Firma del Solicitante:		**Fecha:**	

Office Use Only: Verbal Verification ☐ Yes ☐ No Intake for verbal:

EICAP HEAD START
Contactos de Emergencia

Sólo estas personas se les permitirá recoger a su hijo, hermanos deben ser mayores de 13 años para recoger a su hijo. Por favor, mantenga corriente este formulario. Todos los adultos deben tener una identificación con foto, incluyendo a los padres. **** Si un adulto parece estar bajo la influencia de drogas o alcohol, el niño permanecerá en el centro y la policía serán notificados.****

Nombre del Niño de Head Start:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Contactos de Emergencia

Contacto 1	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	
Contacto 2	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección		Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	
Contacto 3	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección		Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	

Contactos de Emergencia

Contacto 4	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	
Contacto 5	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección		Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	
Contacto 6	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Ceder al Niño(a)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Dirección		Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2	
	☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otros:_____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	

Si ninguna persona autorizada se encuentra en el plazo de **una hora de la clase, los miembros del personal se comunicarán con la policía local o con la protección de los niños para llevar al niño a un lugar seguro. El personal preparará apropiadamente al niño para este evento.**

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Well Child Exam

Please Take this Form to Your Doctor
Favor de Llevar Esta Hoja a su Doctor

It is a Medicaid EPSDT requirement that a lead screening blood test be performed at 12 & 24 months (1 & 2 year olds) to determine a lead toxicity level for Medicaid-eligible children. Hematocrit or Hemoglobin done at 7-9 months and at 15 & 30 months if at risk

Child's Name: _____ Birth Date: _____/_____/_____

Parent's Name: _____ Exam Date: _____/_____/_____

☐ 1 Week ☐ 1 Month ☐ 2 Month ☐ 4 Month ☐ 6 Month ☐ 9 Month ☐ 12 Month
☐ 15 Month ☐ 18 Month ☐ 24 Month ☐ 30 Month ☐ 36 Month ☐ 4 years ☐ 5 years

MEDICAL SERVICES RESULTS

Date: (If different from exam date)

Lead Screening _____ ☐Normal ☐ Abnormal ☐ Not Examined _____/_____/_____

Blood Pressures _____/_____ ☐Normal ☐ Abnormal ☐ Not Examined

Blood Count HGB _____ HCT _____ ☐Normal ☐ Abnormal ☐ Not Examined

Were immunizations given today? ☐Yes ☐No (If yes, please attach current immunization record)

HEALTH STATUS Does child have any of the following conditions (please check all that apply)

☐Allergies
☐Chronic Infections (ear, sinus, etc.)
☐Constipation
☐Seizures
☐ Hearing Issues/Tubes
☐Asthma (respiratory issues)
☐Food Allergies
☐Vision Problems
☐Stomach Ache
☐ Diabetes
☐Anemia
☐Diarrhea
☐ Iron Deficiency
☐Vomiting

Please explain any conditions identified above or list anything conditions not mentioned above:

_____

_____

☐Yes ☐No Was child referred to a dentist?
☐Yes ☐No Do you have any nutritional/health concerns about this child?
☐Yes ☐No Are there medications that need to be dispensed in the classroom?

If yes to any of the above, please explain: _____

_____

☐Yes ☐No Is child up to date on a schedule of appropriate preventative and primary health care?
☐Yes ☐No Are you serving or will you be serving as this child's doctor (Medical Home)?

Physician Name (Print): _____ Signature: _____

Office Name: _____ Phone Number: _____

Does child have Medicaid or Private Insurance?

☐Medicaid ☐ Private

Insurance Name: _____

Policy Number: _____

Please Remit completed form to: EICAP Head Start • P.O. Box 51098 • Idaho Falls, ID 83401
Fax: (208) 542-1453 • Phone: (208) 522-5370/Center Fax:_____

Date Received: _____
Advocates will send this to "health forms" and upload it to the child's file under Health attachments.

EICAP Head Start Birth to Five Program Oral Assessment

Please take this form to your Dentist
Favor de Llevar esta Hoja a su Dentista

Service Date: _____

Child's Name: _____

Child's DOB: _____

Dentist's Name: _____

Office Name: _____

Are you serving as this child's Dental Home?
☐Yes ☐ No

Number of times child brushes a day? _____

Flossing frequency: **(Please check the one that applies)**
☐Daily ☐Weekly ☐Occasionally ☐ Never

Gum Condition: **(Please check all that apply)**
☐Normal ☐Swollen ☐Bleeds Easily ☐Infected

Services Rendered: **(Please check all that apply)**

☐Exam

☐X-ray

☐Child Cleaning/Prophy

☐Sealant

☐Fluoride

*Was a fluoride supplement discussed/prescribed at this appointment? _____

☐Oral Hygiene Instruction

☐Restorations/Treatments *****Please include a treatment plan of work completed during this appointment.***

Results of appointment:

☐Child needs no further work at this time. Six-month appointment set: _____

OR

☐Further work is needed. ***Please include a copy of the treatment plan.***

☐Follow up appointment is set for: _____

☐Anticipated number of appointments to complete treatment: _____

OR

☐Treatment discontinued. Please Explain:

_____

_____

Comments:

_____

_____

_____

I hereby certify that they services listed above have been performed.

_____ _____

Dentist Signature **Date**

Please Return to:
EICAP Head Start Health Specialist
P.O. Box 51098
Idaho Falls, Idaho 83405
(208) 522-5370 ext. 1064
Fax: (208) 542-1453

Date received _____ 2017

Advocates will send to Data Entry "health forms" then upload to the child's file under Health attachments.

EICAP HEAD START

Eastern Idaho Community Action Partnership

PERMISSION TO RELEASE and/or EXCHANGE CONFIDENTIAL INFORMATION
PERMISO PARA HACER PÚBLICO y/o INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Child's Name: **Nombre del Niño/a:**		Child DOB: **Fecha de Nacimiento:**	
I hereby authorize the release and joint sharing of pertinent information from the agency/person listed below: *Yo autorizo el intercambio de información pertinente a la agencia/persona nombrada:*			
Agency: **Agencia:**	Eastern Idaho Public Health District		
Phone Number: **Teléfono:**	(208) 522-0310	Fax:	
Address: **Dirección:**	1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401		
I authorize the above agency to: **Autorizo a la agencia mencionada a:**	Audit Child Immunizations **Auditoría de Vacunas Para niños**		
I understand that the information obtained will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party and that it is my right to request a copy of all information and contest any information that I feel is incorrect. This release will be in effect for one year from the date signed below. *Yo entiendo que la información obtenido será tratada en una manera confidencial y no será transmitida a una 3era persona y es mi derecho pedir una copia de toda la información. Este permiso se mantendrá en efectivo un ano de la fecha de la firma abajo.*			
Parent Signature: ***Firma del Padre:***		Date: **Fecha:**	
Address: Phone: **Dirección:** **Teléfono:**			

Idaho Falls East Head Start
2171 Alan St., Idaho Falls, ID 83404 (208) 524-1462, Fax: (208) 524-7163

Idaho Falls West Head Start
935 Lincoln, Idaho Falls, ID 83401
(208) 552-0800, Fax: (208) 552-3060

Blackfoot Head Start
PO Box 1176, Blackfoot, ID 83221
(208) 782-1064, Fax (208) 785-7647

Driggs Head Start
215 North 5th E., Driggs, ID 83422 (208) 354-8233, (208) 354-3268

Salmon Head Start
31 Hwy 93 N. STE A, Salmon, ID 83467
(208) 756-3595, (208) 756-6308

Rexburg Head Start
55 W 2nd N, Rexburg, ID 83440
(208) 656-0782, Fax (208) 656-0782

EASTERN IDAHO COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP
P.O. Box
51098 935 E.
Lincoln Rd
Idaho Falls, Idaho 83405
(208) 522-5391
FAX (208) 522-5453
1-800-632-4813

Estimado, Padres de Head Start,

Como padres o tutores, entendemos la importancia de asegurar el futuro de nuestros hijos. Sabier que nuestros niños estén sanos y felices es una gran parte de eso. Sabemos que llevar a nuestros hijos a exámenes regulares de examen de salud y dental. Sin embargo, un examen de salud importante que se olvida con frecuencia. Es la prueba de plomo en sangre.Este detecta niveles elevados de plomo en la sangre que pueden indicar envenenamiento por plomo. Los niveles altos de plomo puede perjudicar a su hijo en el crecimiento, el comportamiento y la capacidad de aprender.

Los niños deben ser examinados a partir de los 12-15 meses de edad. Si no probado anteriormente, los niños de 6 años de edad y menores deben ser examinados. El análisis de la sangre se completa con el médico del niño. La prueba es un pinchazo en el dedo simple para determinar el nivel de plomo en la sangre. Si el nivel es preocupante, el médico indicará un tratamiento adicional.

Seguro de Medicaid por lo general pagará por el examen de plomo en la sangre para su hijo y se puede realizar en el examen de salud

Hable con su médico para obtener más información.

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al programa Head Start Especialista Servicios de Salud (208) 522-5370 ext.1064.

Gracias,
Health and Nutrition Advisor
EICAP Head Start Birth to Five Program