



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.

**\* 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 / SSD)

Beneficios de TANF

Asistencia Pública

Beneficios del Kin-care

**2do 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

**TRANSPORTATION: EICAP Early Childhood Programs does not provide transportation.**



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

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero:  Nino  Nina

El niño/a vive con:  Mama  Papa  Ambos Padres  Abuelos  De crianza temporal  Otro: \_\_\_\_\_

Información del Padre

Nombre de Mama: \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Papa: \_\_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

Entrada Anual: \_\_\_\_\_ # en la Familia: \_\_\_\_\_ # Viviendo en el hogar: \_\_\_\_\_ # de Adulos: \_\_\_\_\_ # de niños: \_\_\_\_\_

Información de Contacto

Dirección Corriente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Donde recibe el correo si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email Address-Mama \_\_\_\_\_ Papa: \_\_\_\_\_

#Telefono de Familia: \_\_\_\_\_

CIRCUNSTANCIAS DE LA FAMILIA QUE AFECTAN EL BIENESTAR DE SU NIÑO(A) / FAMILIA (Marque todo lo que corresponda)

- Abuelo de custodia/parentesco, Padre encarcelado, Salud mental/Abuso de sustancias, Servicios designados por la corte, Educación de Adultos (menos que un GED), Soldado/Veterano, Deportación, Abandono, Violencia Domestica, Prematuro, Bajo peso al nacer, Madre Joven (menos de 18), Tiempo en el NICU, Enfermedad terminal miembro de la familia inmediata, Muerte reciente de miembro de la familia inmediata, Divorcio reciente / separación legal

Si marcó custodia abuelo / parentesco, Servicios Designados por la Corte, divorcio reciente, tendrá que presentar la documentación. Por favor, explique cualquiera de las circunstancias anteriores que usted marcó: \_\_\_\_\_

Está su familia actualmente involucrado con los Servicios de Protección de Menores?  Si  No Quién es tu trabajador social? \_\_\_\_\_

Tiene alguna preocupación acerca de su hijo  Si  No – Si marco si favor de explicar: \_\_\_\_\_

Se ha diagnosticado a su niño con discapacidad o PREOCUPACIÓN con cualquiera de los siguientes (marque todo lo que corresponda):  Del Habla  Lenguaje  Audición  Visión  Motor  Comportamiento  Salud  Alergias  Otro:

Tiene su nino/a un plan de IFSP/IEP?  Sí  No  No se

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Staff Reviewing application: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Center: \_\_\_\_\_

Toda la información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y sólo con su permiso por escrito puede ser compartida. http://www.eicap.org/

## Demografía de la Familia

Nombre de Familia: \_\_\_\_\_

Nombre (Primer nombre y apellido)	Adulto de sostenimiento en la vida del niño/a?	Jefe de Familia?	Relación con el Niño/a?	Fecha de Nacimiento/DD/YY	Sexo M/F	Raza/Grupo Étnico
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Lenguaje primario:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Lenguaje Secundario: \_\_\_\_\_

Habilidad de hablar Inglés:  Bien  Muy Bien  No Bien  No hablo Inglés

Cuidado de niños fuera del centro de Head Start - Asiste su niño/a a la guardería fuera de Head Start / EHS?  Sí  No

Si marco si, qué tipo de guardería?  Cuidado parcial  Distrito escolar  Cuidado Familiar  Un centro de guardería

Usa:  Día completo, año completo o  Día complete parte del año.

Su hijo/a (u otros niños) han inscrito en un programa de Head Start?  Sí  No

Si marco si, favor de nombrar el niño/a /lugar donde asiste: \_\_\_\_\_

*Usted tendrá que firmar un documento con nuestra oficina EICAP Head Start para que podamos recuperar su información de la previa inscripción.*

Cómo se enteró de Head Start? \_\_\_\_\_

Proveedores Médicos del niño/a (oficina/nombre del doctor): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de dentista del niño/a (oficina/nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguranza: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

### Quién puede ponernos en contacto en caso de emergencia?

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

La información adjunta a esta solicitud es necesaria para EICAP para procesar su solicitud.

Toda la información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y sólo con su permiso por escrito puede ser compartida.

<http://www.eicap.org/>

# Empleo y Educación

La siguiente información le ayudará a entender la composición demográfica de su familia. Head Start trabajará con usted y su familia para aumentar el conocimiento y las oportunidades en su comunidad. Por favor complete lo siguiente para usted y el co-jefe de su hogar. \*\* Por favor, marque todas las casillas que se apliquen a usted.

**Nombre de la Cabeza de familia:** \_\_\_\_\_

**Usted ha graduado de secundaria?**  Sí  No

Si no, ¿cuál es el grado más alto completado?  5<sup>to</sup> – 8<sup>vo</sup>  9<sup>no</sup>  10<sup>imo</sup>  11  12 (no diploma)

**Formación Profesional** ¿Ha asistido a una escuela comercial o de negocios?  Si  No

¿Recibió un certificado?  SI  No

¿Está dispuesto a proseguir entrenamiento laboral adicional?  SI  No

## Empleado

Tiempo Completo

Tiempo Parcial

Por Temporada (no-agricultura)

Por Temporada (agricultura)

Estudiante (tiempo completo)

En el programa de entrenamiento laboral

## Desempleados

Con experiencia laboral

Sin experiencia laboral

Ama de Casa

Retirado

Debido a Discapacidad

**Buscando la Educación?** ¿Está usted actualmente en el colegio?  Si  No

¿Qué tipo de colegio:

Secundaria /GED

Programa de Negocios de Comercio

Título Universitario

Jobs

JTPA

Job Corps

WIA

Programa de capacitación gubernamental:

**Co-Jefe de Familia** **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Usted ha graduado de secundaria?**  Sí  No

Si no, ¿cuál es el grado más alto completado?  5<sup>to</sup> – 8<sup>vo</sup>  9<sup>no</sup>  10<sup>imo</sup>  11  12 (no diploma)

**Formación Profesional** ¿Ha asistido a una escuela comercial o de negocios?  Si  No

¿Recibió un certificado?  SI  No

¿Está dispuesto a proseguir entrenamiento laboral adicional?  SI  No

## Empleado

Tiempo Completo

Tiempo Parcial

Por Temporada (no-agricultura)

Por Temporada (agricultura)

Estudiante (tiempo completo)

En el programa de entrenamiento laboral

## Desempleados

Con experiencia laboral

Sin experiencia laboral

Ama de Casa

Retirado

Debido a Discapacidad

**Buscando la Educación?** ¿Está usted actualmente en el colegio?  Sí  No

¿Qué tipo de colegio:

Secundaria /GED

Programa de Negocios de Comercio

Título Universitario

Programa de capacitación gubernamental: Jobs

JTPA

Job Corps

WIA

# Composición Familiar y Recursos

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

## Tipo de Familia:

- Familia de dos padres  Familia de un solo padre (figura de padre solamente) viviendo con una pareja  
 Familia de un solo padre (figura de madre solamente)  Familia de un solo padre (figura de madre solamente) viviendo con una pareja  
 Familia de un solo padre (figura de padre solamente)

## Tipo de Padres:

- Familia Biológica  Familias de Crianza Temporera  Padre (Viudo)  Padre y Madrastra  
 Abuelo Soltero  Dos Abuelos  Madre (viuda)  Madre y Padrastro  
 Otros parientes:

## Tipo de Servicios y Asistencia Financiera Recibida (Marque todo lo que aplica):

- Asistencia Médica (ej. Medicaid/Medicare)  Desempleo \*\*  
 Estampillas  Asistencia de Vivienda Pública  
 Asistencia Pública /Welfare (ej. TANF/AFDC)\*\*  Asistencia del Programa de Energía  
 WIC  Child support/alimony \*\*  
 Seguro Social Suplementario (SSI)\*\*  No recibo servicios  
 Familia De Crianza Temporera/Subsidio de adopción (Niño de Head Start)\*\*  Otro: Especifique \_\_\_\_\_

**\*\* Usted tendrá que presentar la documentación de los servicios señalado la estrella doble necesita muestra la cantidad que recibió en los 12 meses anteriores. Para aquellos que reciben tienen que presentar cantidad recibida en los últimos 12 meses aunque tengan un balance de 0.**

Si recibe asistencia pública, cuándo comienza a recibir los servicios: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ha aplicado la familia para recibir Seguro Social Suplementario?  Si  No

## Tipo de Vivienda:

- Casa  Sin vivienda  Vivienda móvil/tráiler  Refugio Comunitaria  
 Apartamento  Cuarto de hotel/motel  Vivienda Emigrante  Otro: \_\_\_\_\_

## Pago de Vivienda:

- Casa propia  No tiene pagos por vivienda  Intercambio de servicios por vivienda  
 Vivienda alquilada  Receive subsidized housing  otro: especifique \_\_\_\_\_

**Tiempo en la dirección corriente:**  Menos de 6 meses  6 - 12 meses  1 - 2 años  más de 2 años

Número de veces la familia se ha movido en los últimos 12 meses:  0  1  2  3  4+

**La familia ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?**  Si  No (Si no, pase a la siguiente pregunta)

Duración de estar sin vivienda?  Corrientemente sin hogar  Menos de 1 mes  1-3 meses  3-6 meses  Más de 6 meses.

**Familia tiene forma de transportación?**  No  Si

Vehículo privado  Vehículo de amistad o familia  Transportación Pública  otro: \_\_\_\_\_

**Vía alterna de transporte?**  No  Si

Vehículo privado  Vehículo de amistad o familia  Transportación Pública  otro: \_\_\_\_\_

Toda la información obtenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo será compartida con su permiso.





# 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

<b>Child's Name:</b> <b>Nombre del Niño/a:</b>		<b>Child DOB:</b> <b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<i>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:</i>			
<b>Agency:</b> <b>Agencia:</b>	Eastern Idaho Public Health District		
Phone Number: Teléfono:	(208) 522-0310	Fax:	
Address: Dirección:	1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401		
<b>I authorize the above agency to:</b> <b>Autorizo a la agencia mencionada a:</b>	<b>Audit Child Immunizations</b> <b>Auditoría de Vacunas Para niños</b>		
<i>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.</i>			
<b>Parent Signature:</b> <b>Firma del Padre:</b>		<b>Date:</b> <b>Fecha:</b>	
Address: Phone: Dirección: Teléfono:			

### Centers/Centros

**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

**Central Office/Oficina Central:**  
**EICAP Head Start**  
935 Lincoln, Idaho Falls, Idaho 83401  
(208) 522-5370 ext. 1067, Fax: (208) 542-1453

# 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

Height \_\_\_\_\_ (inches) Weight \_\_\_\_\_ (lb. oz.) Head Circumference \_\_\_\_\_ (cm)

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)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies                             | <input type="checkbox"/> Asthma (respiratory issues) | <input type="checkbox"/> Anemia          |
| <input type="checkbox"/> Chronic Infections (ear, sinus, etc.) | <input type="checkbox"/> Food Allergies              | <input type="checkbox"/> Diarrhea        |
| <input type="checkbox"/> Constipation                          | <input type="checkbox"/> Vision Problems             | <input type="checkbox"/> Iron Deficiency |
| <input type="checkbox"/> Seizures                              | <input type="checkbox"/> Stomach Ache                | <input type="checkbox"/> Vomiting        |
| <input type="checkbox"/> Hearing Issues/Tubes                  | <input type="checkbox"/> Diabetes                    |  |

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**

Date Received: \_\_\_\_\_



# EICAP Head Start 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: \_\_\_\_\_

Are you serving as this child's Dental Home?

Yes  No

Number of times child brushes a day? \_\_\_\_\_

(Please circle one of each of the following.)

Flossing frequency:

Daily Weekly Occasionally Never

Gum Condition:

Normal Swollen Bleeds Easily Infected

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

Exam

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 the services listed above have been performed.

\_\_\_\_\_  
Dentist Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Dentist Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Office Phone Number

### 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

Internal use

Date Received: \_\_\_\_\_



**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.

**Lugares que hacer pruebas de plomo son los siguientes:**

**Blackfoot:**

Blackfoot Medical Center (208) 785-8166  
Toro Family Medicine (208) 782-3990

**Idaho Falls:**

Community Family Clinic (208) 528-7655  
The Pediatric Center (208) 523-3060  
Idaho Falls Pediatric (208) 522-4600

**Driggs:**

Teton Valley Health Clinic (208) 354-2302

**Rexburg:**

Rexburg Medical Center (208) 356-5401  
Seasons Medical (208) 656-8868

**Salmon:**

Steele Memorial Clinic (208) 756-6212

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

