

- ☐ Recomendación
Referido por: _____
☐ EHS
☐ Transferencia



2496 145th St. W. Rosemount, MN 55068
Teléfono: 651-322-3500
Fax: 651-322-3555
Correo electrónico: headstart@capagency.org

2026-2027

Solicitud para Early Head Start y Head Start para Preescolar

Preferencia de programa/ubicación	
☐ Early Head Start – Prenatal <i>Visitas domiciliarias de 90 minutos, cada dos semanas, proporcionadas en su hogar para futuros padres</i> Fecha de parto: _____	☐ Head Start Preschool – Edad 3-4 años (fecha de nacimiento 01/09/2021-31/08/2023) NO se proporciona transporte. <i>Por favor, clasifica tus ubicaciones preferidas como 1ª y 2ª:</i> ☐ Apple Valley ☐ Egan (Coachman) ☐ Farmington ☐ Shakopee ☐ Chaska ☐ Egan (Opperman) ☐ Rosemount ☐ Savage
☐ Early Head Start – Nacimiento – 3 años <i>Visitas domiciliarias semanales de 90 minutos, proporcionadas en su hogar</i>	

Información sobre el primer solicitante (niño / progenitor prenatal)			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Dirección principal:		Ciudad:	Código postal:
Raza: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otros: _____		Lengua Primaria: _____ Lengua Secundaria: _____	
Etnicidad: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No			
Salud			
¿Tiene el solicitante seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____		Nombre y ciudad de la clínica de atención primaria: _____ Nombre y ciudad de la clínica de atención dental primaria: _____	
¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado a tu hijo alergias (alimentarias, medicación, animales, estacionales, otras, etc.)? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿a qué: _____			
¿Tu hijo necesita una dieta modificada debido a alergias o intolerancias? ☐ Sí ☐ No Describir: _____			
¿Está tu hijo recibiendo tratamiento actualmente por alguna de las siguientes situaciones? (marca todo lo que aplica): ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Problemas respiratorios ☐ Diabetes ☐ Alto nivel de plomo ☐ Problemas de audición ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Convulsiones ☐ Problemas de visión ☐ Otros (Por favor, describan): _____ ↳ El niño lleva lentes correctoras. ☐ Sí ☐ No			
¿Tu hijo toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Si es así, describe: _____			
Educación, discapacidad y preocupaciones sobre el comportamiento			
¿Tu hijo ha asistido antes a un programa preescolar y/o a la guardería? ☐ Sí ☐ No ¿Tu hijo ha tenido una evaluación de primera infancia en Minnesota? ☐ Sí, ¿qué distrito escolar? _____ ☐ No ¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)? ☐ Sí, ¿qué distrito escolar? _____ ¿Qué es la discapacidad _____ ☐ No ¿Qué preocupaciones, si es que hay alguna, tienes sobre el desarrollo de tu hijo? (marca todo lo que aplica): ☐ Preocupación socioemocional ☐ Preocupación por la expresión oral ☐ Preocupación conductual ☐ Otros (Por favor, describan): _____			

Información principal para padres/tutores				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Dirección igual que el niño ☐ Sí ☐ No Si no, ¿cuál es tu dirección?			Ciudad:	Código postal:
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro: _____		Lengua primaria:		¿Necesitas un intérprete: ☐ Sí ☐ No
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Lengua secundaria:		¿Eres un votante registrado? ☐ Sí ☐ No
Relación del niño ☐ Biológico, adoptado o en acogida adoptiva ☐ Alentar ☐ Nieto ☐ Otro pariente ☐ Otro: _____		Custodia legal ☐ Sí ☐ No	Revisa todo lo que aplica: ☐ Vives con la familia ☐ Proporciona apoyo financiero ☐ Embarazada, Fecha de Parto: _____	
¿Tienes seguro médico? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No	
Educación y empleo				
Selecciona tu nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ Graduado de secundaria ☐ Grado Asociado ☐ 10 Grado ☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Licenciatura ☐ 11 Grado ☐ Algo de formación universitaria o avanzado ☐ Maestría ☐ 12 Grado ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación			Selecciona tu situación laboral: ☐ Jornada completa ☐ Formación/Escuela ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Estacional ☐ Jubilados o discapacitados ¿Eres autónomo? ☐ Sí ☐ No	
			Ejército de EE. UU.: ☐ Ninguno ☐ Servicio activo ☐ Reserva ☐ Veterano	
Información de contacto				
Número de teléfono y tipo: ☐ Texto ☐ Trabajo ☐ Móvil ☐ Casa			Métodos de comunicación preferidos (Selecciona todo lo que corresponda)	
Correo Electrónico:			☐ Mensaje de texto (suscripción a mensajes) ☐ Llamada ☐ Por correo electrónico	

Información para padres o tutores secundarios				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Dirección igual que el niño ☐ Sí ☐ No Si no, ¿cuál es tu dirección?			Ciudad:	Código postal:
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro: _____		Lengua primaria:		¿Necesitas un intérprete: ☐ Sí ☐ No
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Lengua secundaria:		¿Eres un votante registrado? ☐ Sí ☐ No
Relación del niño ☐ Biológico, adoptado o en acogida adoptiva ☐ Alentar ☐ Nieto ☐ Otro pariente ☐ Otro: _____		Custodia legal ☐ Sí ☐ No	Revisa todo lo que aplica: ☐ Vives con la familia ☐ Proporciona apoyo financiero ☐ Embarazada, Fecha de Parto: _____	
¿Tienes seguro médico? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No	
Educación y empleo				
Selecciona tu nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ Graduado de secundaria ☐ Grado Asociado ☐ 10 Grado ☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Licenciatura ☐ 11 Grado ☐ Algo de formación universitaria o avanzado ☐ Maestría ☐ 12 Grado ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación			Selecciona tu situación laboral: ☐ Jornada completa ☐ Formación/Escuela ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Estacional ☐ Jubilados o discapacitados ¿Eres autónomo? ☐ Sí ☐ No	
			Ejército de EE. UU.: ☐ Ninguno ☐ Servicio activo ☐ Reserva ☐ Veterano	
Información de contacto				
Número de teléfono y tipo: ☐ Texto ☐ Trabajo ☐ Móvil ☐ Casa			Métodos de comunicación preferidos (Selecciona todo lo que corresponda)	
Correo Electrónico:			☐ Mensaje de texto (suscripción a mensajes) ☐ Llamada ☐ Por correo electrónico	

Otros miembros del hogar <i>Por favor, incluya a todos los demás residentes que viven en la vivienda y que no estén listados arriba.</i>				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirraciales ☐ Otras : _____		Lengua primaria:		Lengua secundaria:
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ 10 Grado ☐ 11 Grado ☐ 12 Grado ☐ Graduado de la Preparatoria		☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Algo de formación universitaria o avanzada ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Título de Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría
¿Esta persona tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de salud privado ☐ Otros: _____		¿Es este un joven (de 14 a 24 años) que no trabaja ni va a la escuela: ☐ Sí ☐ No		
		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No		

Otros miembros del hogar <i>Por favor, incluya a todos los demás residentes que viven en la vivienda y que no estén listados arriba.</i>				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirraciales ☐ Otras : _____		Lengua primaria:		Lengua secundaria:
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ 10 Grado ☐ 11 Grado ☐ 12 Grado ☐ Graduado de la Preparatoria		☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Algo de formación universitaria o avanzada ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Título de Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría
¿Esta persona tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de salud privado ☐ Otros: _____		¿Es este un joven (de 14 a 24 años) que no trabaja ni va a la escuela: ☐ Sí ☐ No		
		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No		

Otros miembros del hogar <i>Por favor, incluya a todos los demás residentes que viven en la vivienda y que no estén listados arriba.</i>				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirraciales ☐ Otras : _____		Lengua primaria:		Lengua secundaria:
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ 10 Grado ☐ 11 Grado ☐ 12 Grado ☐ Graduado de la Preparatoria		☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Algo de formación universitaria o avanzada ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Título de Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría
¿Esta persona tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de salud privado ☐ Otros: _____		¿Es este un joven (de 14 a 24 años) que no trabaja ni va a la escuela: ☐ Sí ☐ No		
		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No		

Otros miembros del hogar <i>Por favor, incluya a todos los demás residentes que viven en la vivienda y que no estén listados arriba.</i>				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
			Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Raza: ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirraciales ☐ Otras : _____		Lengua primaria:		Lengua secundaria:
Etnia: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No		Nivel educativo más alto: ☐ 9 Grado o menos ☐ 10 Grado ☐ 11 Grado ☐ 12 Grado ☐ Graduado de la Preparatoria		☐ Diploma de Educación General (GED) ☐ Algo de formación universitaria o avanzada ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Título de Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría
¿Esta persona tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de salud privado ☐ Otros: _____		¿Es este un joven (de 14 a 24 años) que no trabaja ni va a la escuela: ☐ Sí ☐ No		
		¿Te han diagnosticado alguna condición de salud o mental? ☐ Sí ☐ No		

Información familiar			
¿Cuál es la situación de vivienda de tu familia? ☐ Vivienda que alquilo, poseo o comparto por elección ☐ Vivir temporalmente con un familiar o amigo debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivos similares ☐ En riesgo de quedarse sin hogar, ejecución hipotecaria o desahucio ☐ Sin hogar ☐ Alojarse en un refugio/vivienda de emergencia o transitorio ☐ Vivir en un motel/camping/vehículo porque no puedo permitirme ni encontrar vivienda ☐ Otro: _____			
¿Recibes algún tipo de ayuda para vivienda (Sección 8, CDA, Asistencia Mensual para el Alquiler)? ☐ Sí ☐ No			
Tipo de familia: ☐ Familia monoparental ☐ Familia con dos padres ☐ Parentesco designado por los padres ☐ Parentesco ordenado por el tribunal o acogida ☐ Familia de coparentalidad (hogares separados)		Tamaño del hogar ____ # Adultos ____ # Niños Lengua principal del hogar: ¿Adquirir/aprender otro idioma? ☐ Sí ☐ No	
Tipos de ingresos del hogar			
De acuerdo con las normas federales, la elegibilidad se basa en los ingresos familiares.			
¿Tu familia recibe actualmente alguno de los siguientes tipos de ingresos o beneficios? ☐ Apoyo alimentario/EBT/SNAP ☐ WIC ☐ Crédito Fiscal por Renta del Trabajo (EITC) ☐ Ayuda Suplementaria de Minnesota (MSA) ☐ MFIP/TANF/DWP (Asistencia en efectivo) ☐ SSI (Ingreso de Seguridad Suplementaria) ☐ SSDI, RSDI, SSA (Ingresos de la Seguridad Social) ☐ Salario o sueldos ☐ Trabajo por cuenta propia ☐ Desempleo ☐ Incapacidad a Corto/Largo Plazo ☐ Jubilación/Pensión ☐ Asistencia para el cuidado infantil ☐ Subvención para Acogida ☐ Manutención de los hijos ☐ Pago a militares/veteranos ☐ Sin ingresos en el último año ☐ Regalos/Préstamos personales ☐ Otro: _____			
En los 12 meses anteriores, ¿ha recibido tu familia alguno de los siguientes tipos de ingresos o prestaciones? ☐ MFIP/TANF/DWP (Asistencia en efectivo) ☐ Subvención para Acogida ☐ SSI (Ingreso de Seguridad Suplementaria) ☐ SNAP			
¿Cómo supiste de nosotros?			
☐ Familia/Amigo/Vecino ☐ WIC ☐ Asistidos anteriormente ☐ Redes sociales ☐ Búsqueda en Internet/Sitio web de CAP ☐ Servicios sociales ☐ Centro de Recursos Familiares (FRC – Shakopee) ☐ Referencia del Departamento de Educación de Minnesota (MDE) ☐ School District _____ ☐ Evento comunitario ☐ Folleto/Publicación ☐ Otro: _____			
Privacidad de datos y firma			
Tu derecho a la privacidad está protegido por la Ley Federal de Privacidad de 1974 y la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota. La información privada incluida en esta solicitud se utilizará para determinar tu elegibilidad para el programa y para guiar los servicios del programa. La información puede compartirse con agencias gubernamentales, incluyendo la Oficina de Head Start y el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota. No estás obligado a proporcionar esta información. Sin embargo, no responder a las preguntas puede afectar nuestra capacidad para determinar la elegibilidad de tu programa.			
_____ (Inicial) Por la presente autorizo la publicación de información del sitio web de Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) para verificar el estado de cumpleaños/inmunización de mi hijo con el fin de completar la solicitud y la inscripción.			
Certifico que las respuestas dadas son verdaderas y completas según mi mejor conocimiento. Acepto contactar con CAP Head Start si cambia información. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o inexacta puede impedir que el programa determine mi elegibilidad o puede resultar en la despidida del programa. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación ni la inscripción.			
Firma: _____ Fecha: _____			
Solo para uso en la oficina			
Elegibilidad			
☐ IE _____ ☐ OI _____ ☐ Asistencia Pública _____ ☐ Sin hogar ☐ SSI ☐ Acogimiento			
Verificación de ingresos			
Ingresos verificados por: Personal #1: _____ Fecha: _____ Personal #2: _____ Fecha: _____		Ingresos reverificados por: Personal #1: _____ Fecha: _____ Personal #2: _____ Fecha: _____	
Selección			
Primer año: _____ Fecha de aceptación: _____ Fecha de inicio: _____ FSC/FE: _____ Clase: _____		Segundo año: _____ Fecha de aceptación: _____ Fecha de inicio: _____ FSC/FE: _____ Clase: _____	
Comité de Selección: _____ Fecha de Selección: _____			

- ☐ Recomendación
Referido por: _____
☐ EHS
☐ Transferencia



2496 145th St. W. Rosemount, MN 55068
Teléfono: 651-322-3500
Fax: 651-322-3555
Correo electrónico:
headstart@capagency.org

2026-2027

Solicitud para Early Head Start y Head Start para Preescolar

Preferencia de programa/ubicación	
☐ Early Head Start – Prenatal <i>Visitas domiciliarias de 90 minutos, cada dos semanas, proporcionadas a su domicilio para futuros padres</i> Fecha de parto: _____	☐ Head Start Preschool – Edad 3-4 años (fecha de nacimiento 01/09/2021-31/08/2023) NO se proporciona transporte. <i>Por favor, clasifica tus ubicaciones preferidas como 1 y 2:</i> ☐ Apple Valley ☐ Eagan (Coachman) ☐ Farmington ☐ Shakopee ☐ Chaska ☐ Eagan (Opperman) ☐ Rosemount ☐ Savage
☐ Early Head Start – Nacimiento – 3 años <i>Visitas domiciliarias semanales de 90 minutos, proporcionadas en su hogar</i>	

Información del segundo solicitante (niño / padre prenatal)			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ hombre ☐ femenino ☐ no binario
Dirección principal:		Ciudad:	Código postal:
Raza: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ negro/afroamericano ☐ Hawaiano/isleño ☐ del Pacífico Multirracial ☐ Otros: _____		Lengua Primaria: Lengua Secundaria:	
Etnicidad: Hispana/Latina ☐ Sí ☐ No			
Salud			
¿Tiene el solicitante seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo de seguro? ☐ Medicaid (MA o PMAP) ☐ MinnesotaCare (UCare) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____		Nombre y ciudad de la clínica de atención primaria: Nombre y ciudad de la clínica de atención dental primaria:	
¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado a tu hijo alergias (alimentarias, medicación, animales, estacionales, otras, etc.)? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿a qué: _____			
¿Tu hijo necesita una dieta modificada debido a alergias o intolerancias? ☐ Sí ☐ No Describir:			
¿Está tu hijo recibiendo tratamiento actualmente por alguna de las siguientes situaciones? (marca todo lo que aplica): ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Problemas respiratorios ☐ Diabetes ☐ Alto nivel de plomo ☐ Problemas de audición ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Convulsiones ☐ Problemas de visión ☐ Otros (Por favor, describan): ↳ El niño lleva lentes correctoras. ☐ Sí ☐ No			
¿Tu hijo toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Si es así, describe:			
Educación, discapacidad y preocupaciones sobre el comportamiento			
¿Tu hijo ha asistido antes a un programa preescolar y/o a la guardería? ☐ Sí ☐ No ¿Tu hijo ha tenido una evaluación de primera infancia en Minnesota? ☐ Sí, ¿qué distrito escolar? _____ ☐ No ¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)? ☐ Sí, ¿qué distrito escolar? _____ ¿Qué es la discapacidad _____ ☐ No ¿Qué preocupaciones, si es que hay alguna, tienes sobre el desarrollo de tu hijo? (marca todo lo que aplica): ☐ Preocupación socioemocional ☐ Preocupación por la expresión oral ☐ Preocupación conductual ☐ Otros (Por favor, describan):			