



PICA
Parents In Community Action, Inc.

¡Inscriba a sus niños en Head Start!



Head Start es un programa integral de desarrollo infantil y familiar.

Head Start satisface las necesidades de las familias de bajos ingresos y de sus niños en estas áreas:

Participación de los padres	Servicios sociales	Salud
Transporte	Educación	Nutrición
Lenguaje y lectoescritura	Discapacidades y necesidades especiales	Capacitación para padres

Desde hace más de 50 años, Parents In Community Action, Inc. (PICA) es la concesionaria designada por el gobierno federal para brindar servicios de Head Start a los niños y las familias del Condado de Hennepin. PICA Head Start sirve a niños de entre 6 semanas y 5 años y a embarazadas en centros ubicados por todo el Condado de Hennepin. PICA tiene muchos programas que se pueden elegir.

Para inscribir a su niño, empiece con una solicitud en línea (www.picaheadstart.org) y nos comunicaremos con usted para obtener más información; o de lunes a viernes visite el centro de PICA más cercano con la información anotada a continuación.

Traiga los siguientes formularios:

- ✓ **Examen médico e historial de vacunación actuales.** Llene la parte superior del *Child Physical* y del *Child Care Immunization Form*. Estos formularios serán llenados y firmados por su doctor.
- ✓ **Tarjetas de seguros.** Traiga las tarjetas de los seguros médico y dental de su niño.
- ✓ **Información de emergencia.** Proporcione el nombre, la dirección y el número telefónico de por lo menos dos contactos de emergencia.
- ✓ **Comprobación de ingresos.** Traiga documentación oficial de ingresos. Por ejemplo: Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o

Línea de
información de
PICA:
(612) 377-4444

compensación por cuidado tutelar o por desempleo. Si usted tiene empleo, traiga sus formularios W-2, declaración de impuestos, talones de cheque u otro comprobante de ingresos.

* *La inscripción de una mamá embarazada sólo requiere la comprobación de ingresos.*

Sitio web de PICA:
www.picaheadstart.org



REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

¿CÓMO VOY A SABER SI MI NIÑO ES ELEGIBLE?

HEAD START Y HEAD START TEMPRANO — MEDIA SEMANA

La mayoría de los niños en PICA asisten a esta opción de diseño local que opera en un modelo de media semana. Los niños vienen a clases seis horas al día, dos o tres días por semana, de septiembre a principios de junio.

HEAD START Y HEAD START TEMPRANO — DOBLE IDIOMA

Las aulas de doble idioma ofrecen aprendizaje en inglés y español; inglés y somalí; inglés y hmong; así como programas en otros idiomas.

HIGH FIVE

Es para los niños que no pueden entrar en el kindergarten de las escuelas públicas por cumplir los 5 años después del 1° de septiembre y antes del 31 de diciembre.

HEAD START Y HEAD START TEMPRANO — FULL DAY

Los programas *Full Day* (Día Completo) de Head Start y Head Start Temprano de PICA operan más de 8 horas por día, 5 días por semana, los 12 meses del año. Las familias tienen que recibir un subsidio de guardería para poder participar.

HEAD START Y HEAD START TEMPRANO — PROJECT SECURE

A los niños y padres que viven en los refugios del Condado de Hennepin se les brindan servicios de Head Start y Head Start Temprano por medio de *Project Secure*. Opera seis horas al día de lunes a viernes durante todo el año.

HEAD START TEMPRANO: OPCIONES PARA MAMÁS EMBARAZADAS

Las que se inscriben en el programa para mamás embarazadas participan en clases y grupos de apoyo prenatales. También reciben apoyo de una trabajadora prenatal, quien les proporciona recursos e información sobre el embarazo sano y las visitas en casa dentro de dos semanas tras el parto. Una vez nacido el bebé, habrá apoyo para inscribirlo en un aula de Head Start Temprano cuando cumpla seis semanas.

ELEGIBILIDAD:

- Los niños que se encuentran en el cuidado tutelar o sin hogar son elegibles sin importar los ingresos.
- La familia no rebasa el límite federal de ingresos (abajo) o si recibe MFIP, SNAP o SSI.
- Va a estar disponible un número limitado de plazas para familias que rebasen los límites de ingresos.

EDADES ELEGIBLES:

- El niño tiene entre seis semanas y cinco años de edad.

LÍMITES FEDERALES DE INGRESOS 2024

FAMILIA DE:	INGRESOS MÁXIMOS
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720
Por cada persona adicional suma \$5,380.	

Usted puede entregar su solicitud u obtener más información en cualquiera de los centros de PICA anotados abajo:

EL NORTE DE MINNEAPOLIS

Donald M. Fraser Center
700 Humboldt Avenue North
Minneapolis, MN 55411
Teléfono: 612/377-7422

EL NORESTE DE MINNEAPOLIS

Northeast Center
342 13th Avenue Northeast
Minneapolis, MN 55413
Teléfono: 612/379-7422

CIUDADES AL NOROESTE

Aubrey Della Center
6415 Brooklyn Boulevard
Brooklyn Center, MN 55429
Teléfono: 763/535-7422

Town Hall Center
8500 Zane Avenue North
Brooklyn Park, MN 55443
Teléfono: 763/425-7422

EL SUR DE MINNEAPOLIS

McKnight Center
4225 Third Avenue South
Minneapolis, MN 55409
Teléfono: 612/825-7422

Park Place Center
2745 Park Avenue South
Minneapolis, MN 55407
Teléfono: 612/870-7422

Portland Village Center
1829 Portland Avenue South
Minneapolis, MN 55405
Teléfono: 612/871-7422

PICA Training Center
4255 Third Avenue South
Minneapolis, MN 55409
Teléfono: 612/822-7422

EL SURESTE DE MINNEAPOLIS

Glendale Center
96 St. Mary's Avenue Southeast
Minneapolis, MN 55414
Teléfono: 612/874-7422

CIUDADES AL SUR

Pond Center
9600 Third Avenue South
Bloomington, MN 55420
Teléfono: 612/871-7422

South Branch Center
7145 Harriet Avenue
Richfield, MN 55423
Teléfono: 612/871-7422

Southwood Center
4901 West 112th Street
Bloomington, MN 55427
Teléfono: 612/871-7422

CIUDADES AL OESTE

Helen H. Taylor Center
4901 Olson Memorial Highway
Golden Valley, MN 55422
Teléfono: 763/541-7422



PICA
Parents In Community Action, Inc.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA PICA HEAD START
CONTACT INFORMATION FOR PICA HEAD START

INFORMACIÓN SOBRE LOS PARTICIPANTES / PARTICIPANT INFORMATION

Nombre del niño / Child's Name: _____ **Edad/Age:** _____ **Fecha de nacimiento DOB:** _____

Nombre del niño / Child's Name: _____ **Edad/Age:** _____ **FDN DOB:** _____

Nombre de padre, madre o tutor / Parent or Guardian Name: _____

Lengua materna _____ **¿Se necesita intérprete?** **Sí / Yes** **No**
Language spoken in home Interpreter needed?

Necesidades especiales o preocupación por el niño / Special needs or concern for child:

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección: _____ **Ciudad, Estado:** _____ **Código postal:** _____
Address City, State Zip code

Teléfono _____ **Celular** _____
Phone: Cell Phone:

Dirección de correo electrónico
Email Address: _____

¿Ustedes necesitan transporte? **Sí/Yes** **No**
Do you need transportation?



Parents In Community Action
 700 Humboldt Ave North
 Minneapolis, MN 55411
 612-377-7422

CHILD PHYSICAL

Exam Date:	Child's Last Name / Apellido(s) del niño:	First Name / Nombre:	M.I. / Inicial del segundo nombre:
	Parent or Guardian Name / Nombre de padre, madre o tutor:	Child's Birth Date / Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año):	

Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment (EPSDT) exam required. Starred items (*) are required by Federal Head Start and Early Head Start regulations.

TEST	RESULTS	Vision (Type of Test)* <input type="checkbox"/> Spot Vision <input type="checkbox"/> HOTV			
HEIGHT (CM or IN)*		Vision Right _____ Left _____			
HEAD CIRCUM. (CM or IN)		Acuity: _____			
WEIGHT (KG or Lbs)*		<input type="checkbox"/> Wearing corrective lenses			
BMI*		<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Screening exception			
BLOOD PRESSURE		Comments:			
HEMOGLOBIN*	g/dL Date:				
LEAD*	Mc/dL Date:				
PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT <input type="checkbox"/> WNL		HEARING (Type of Test)* <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Pure Tone			
		OAE <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer			
Key: Normal=NL Abnormal=AB Not Evaluated=NE					
GENERAL APPEARANCE	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	Pure Tone at 20dB			
SPEECH	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	1000 Hz			
HEAD	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	2000 Hz			
SKIN	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	4000 Hz			
EYES	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	RIGHT EAR			
EARS	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	LEFT EAR			
NOSE, MOUTH, THROAT	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	
NECK	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	Comments:			
HEART	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
LUNGS	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Ear tubes in place			
ABDOMEN	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	Specify type and dose of any current medication or therapies:			
GENITALIA	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
BONES, JOINTS, MUSCLES	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	Environmental Allergies requiring EpiPen® only:		Diagnosed Food Allergies (no food preferences)	
NEUROLOGICAL/SOCIAL	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
Gross Motor	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
Fine Motor	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
Cognitive	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
Self-Help Skills	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE				
Social Skills	<input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Lactose intolerance			
DENTAL		Does the child have any of these <i>current</i> , chronic conditions?			
Were teeth and gums examined?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Diabetes	
Fluoride varnish applied?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Heart Disorder		<input type="checkbox"/> Oral Aversion	
Referral to dentist?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Seizure Disorder		<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia	
Treatment Plan and Recommended Follow-Up or Results:		<input type="checkbox"/> Other			
		Comments:			
		Print Name: (MD/NP/PA-C)			
		Signature:		Date:	
		Clinic Name:			



PICA Child Care Immunization Form - Formulario de vacunación para guardería

Must be on file **before** a child attends child care / Ha de ser archivado **antes** que el niño entre en la guardería.

Name /
Nombre:

Birthdate /
Fecha de nacimiento:

Las leyes de Minnesota requieren que los niños inscritos en guardería sean vacunados contra ciertas enfermedades o que tengan archivada una exención legal por razones médicas o de conciencia.

Padre / Madre / Tutor:

Usted puede adjuntar a este formulario una copia del historial de vacunación del niño O escribir el MES, el DÍA y el AÑO de todas las vacunas que su niño haya recibido. Escriba MED para señalar las vacunas contraindicadas por razones médicas (como el haber tenido la enfermedad o pruebas de laboratorio que evidencien la inmunidad) y CO para vacunas contrarias a las creencias sinceras de usted.

Firme, o consiga las firmas adecuadas, en el reverso. Llene la sección 1A o 1B para certificar el estado de vacunación, la 2A para documentar exenciones médicas (incluyendo antecedentes de varicela) y la 2B para documentar una exención por conciencia.

Para obtener copias actualizadas del historial de vacunación de su niño, hable con su doctor o llame a la *Minnesota Immunization Information Connection* (MIIC) al 651-201-5503 o al 800-657-3970.

Type of Vaccine Tipo de vacuna	DO NOT USE (✓) OR (*) NO USAR (✓) NI (*)	1 st Dose Mo/Day/Yr	2 nd Dose Mo/Day/Yr	3 rd Dose Mo/Day/Yr	4 th Dose Mo/Day/Yr	5 th Dose Mo/Day/Yr
Required (The shaded boxes indicate doses that are not routinely given; however, if your child has received them, please write the date in the shaded box.) Requeridas (Las casillas sombreadas indican dosis que normalmente no se dan; sin embargo, si su niño las ha recibido, por favor escriba la fecha en la casilla.)						
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP) <ul style="list-style-type: none"> 3 doses during 1st year (at 2-month intervals) 4th dose at 12-18 months 5th dose at 4-6 years Indicate vaccine type: <i>DTaP</i> or <i>DTP</i>						
					5 th dose not required if 4 th dose was given on or after the 4 th birthday	
Polio (IPV, OPV) <ul style="list-style-type: none"> 2 doses in the first year 3rd dose by 18 months 4th dose at 4-6 years 						
				4 th dose not required if 3 rd dose was given on or after the 4 th birthday		
Measles, Mumps, and Rubella (MMR) <ul style="list-style-type: none"> Required for children 15 months and older 1st dose on or after 1st birthday 2nd dose at 4-6 years 						
Haemophilus influenza type b (Hib) <ul style="list-style-type: none"> 2-3 doses in the first year 1 dose required at 12 months or older For unvaccinated children 15-59 months, 1 dose is required Not required for children 5 years or older 						
Varicella (chickenpox) <ul style="list-style-type: none"> Required for children 15 months or older 1st dose on or after 1st birthday 2nd dose at 4-6 years 						
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) <ul style="list-style-type: none"> Required for children age 2-24 months 3 doses in the first year 4th dose after 12 months At least 1 dose is recommended for children 24-59 months in child care 						
Hepatitis B (hep B) <ul style="list-style-type: none"> 2-3 doses in the first year 3rd dose (final dose) by 18 months 						
Hepatitis A (hep A) <ul style="list-style-type: none"> 2 doses separated by 6 months for children 12 months and older 						
Recommended / Recomendadas						
Rotavirus (2-3 doses between 2 and 6 months)						
Influenza (annually for children 6 months or older)						
COVID-19 *Optional for 6 months and up			Vaccine	Month	Day	Year
			1			
			2			
			3			
COVID-19 Vaccine Brand:						

Name / Nombre: _____

Instructions — please complete:

Box 1 to certify the child's immunization status
Box 2 to file an exemption (medical or conscientious)

Instrucciones — favor de llenar:

Casilla 1 para certificar el estado de vacunación del niño
Casilla 2 para registrar una exención médica o por conciencia

1. Certify Immunization Status. Complete A or B to indicate child's immunization status.

A. Children who are 15 months or older:

For children who are 15 months or older and who have received all the immunizations required by law for child care.

I certify that the above-named child is at least 15 months of age and has completed the immunizations which are required by law for child care.

Signature of Parent/Guardian OR Physician/Nurse Practitioner/Physician Assistant/Public Clinic

Date

B. Children who are younger than 15 months:

For children who are younger than 15 months OR have not received all required immunizations.

I certify that the above-named child has received the immunizations indicated. In order to remain enrolled, this child must receive all required vaccines within 18 months of the initial enrollment date. The dates on which the remaining doses are to be given are:

Signature of Physician/Nurse Practitioner/ Physician Assistant/Public Clinic

Date

2. Exemptions to Immunization Law. Complete A and/or B to indicate type of exemption.

A. Medical exemption:

No child is required to receive an immunization if they have a medical contraindication, history of disease, or laboratory evidence of immunity. For a child to receive a medical exemption, a physician, nurse practitioner, or physician assistant must sign this statement:

I certify the immunization(s) listed below are contraindicated for medical reasons, laboratory evidence of immunity, or that adequate immunity exists due to a history of disease that was laboratory confirmed (for varicella disease see * below). List exempted immunization(s):

Signature of physician/nurse practitioner/physician assistant

Date

* History of varicella disease only. In the case of varicella disease, it was medically diagnosed or adequately described to me by the parent to indicate past varicella infection in _____(year)

Signature of physician/nurse practitioner/physician assistant
(If disease occurred before September 2010, a parent can sign.)

B. Conscientious exemption:

No child is required to have an immunization that is contrary to the conscientiously held beliefs of his/her parent or guardian. However, not following vaccine recommendations may endanger the health or life of the child or others they come in contact with. In a disease outbreak, children who are not vaccinated may be excluded in order to protect them and others. To receive an exemption to vaccination, a parent or legal guardian must complete and sign the following statement and have it notarized:

I certify by notarization that it is contrary to my conscientiously held beliefs for my child to receive the following vaccine(s).

- I am opposed to all vaccines.
 I am opposed only to vaccines indicated below.

Signature of parent or legal guardian

Date

Subscribed and sworn to before me this:

_____ day of _____ 20__

Signature of notary (A copy of the notarized statement will be forwarded to the commissioner of health.)

Phone: _____

Información y solicitud de Head Start

Una publicación de



PARENTS IN COMMUNITY ACTION, INC.
700 Humboldt Avenue North
Minneapolis, MN 55411

www.picaheadstart.org • Línea de información abierta las 24 horas: (612) 377-4444

PICA Head Start – Cuidado de niños y mucho más • ¡Inscriba a sus niños en Head Start ahora!
Enroll Your Children In Head Start Now! • Hadda U Buuxi Cunugaaga Head Start-Ka!
Sau Koj Tus Menyuum Npe Kawm Head Start Tam Sim No!
Head Starttiii Keessat Qooda Fudhadha Ijoollee Galcha!

©2023 Parents In Community Action, Inc. - skc. Spanish bek.

INSCRIBA A SUS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS



PARENTS IN COMMUNITY ACTION, INC.
HEAD START & EARLY HEAD START

www.picaheadstart.org

Sitio web de PICA:

www.picaheadstart.org

Línea de Información de PICA:

612-377-4444