

Solicitud de West River Head Start

En Español

Solicite en línea escaneando nuestro código QR

Requisito de edad: 3 - 5 años. Un niño es elegible para la edad en su 3er cumpleaños ... ¡incluso durante el año escolar! Los niños de kínder no pueden inscribirse en Head Start.

Mandan tiene 5 aulas (2 aulas funcionan durante 6 horas (8-2) y 3 aulas funciona 8 horas (8-4 o 7:30-3:30). Carson y New Salem tienen cada uno un aula que opera 8 horas según las necesidades de su comunidad.

Los niños asistirán los lunes, martes, jueves y viernes (NO HEAD START EL MIÉRCOLES).

No hay cargo para las familias que participan en este programa. Brindamos servicios a niños que viven en los condados de Morton, Oliver y Grant condados en Mandan, New Salem, y Carson.



Presente los siguientes documentos con la solicitud para determinar la elegibilidad de su hijo:

- ✓ **Verification of Income** (verificación de ingresos)
 - Declaración de impuestos de 2025; O
 - Talonarios de pago actuales; O
 - Prueba de: TANF, SSI, SNAP, Cuidado de crianza; O
 - Falta de vivienda (diambulante) o sin ingresos (se adjuntan formularios)
- ✓ **Certificado de nacimiento del niño.** o la fecha oficial de nacimiento del niño
- ✓ **Registro de inmunización**

Si tu ingreso disminuye, enviar verificación actualizada.



Directrices de Ingreso 2026

Persons in family / Cuantos en la familia	100% Pobreza	130% Pobreza
	For each additional person, add \$5,680.	For each additional person, add \$7,384.
2	21,640	28,132
3	27,320	35,516
4	33,000	42,900
5	38,680	50,284
6	44,360	57,668
7	50,040	65,052
8	55,720	72,436

** Head Start is a federally funded program. Eligible families receive priority.*

** Head Start es un programa financiado por el gobierno federal. Las familias elegibles reciben prioridad.*

Información de Nuestros Contactos	1004 7 th St SW Mandan, ND 58554 Tel (701)663-9507 Fax (701)663-9643 MAIN OFFICE	210 2 nd Ave West PO Box 197 Carson, ND 58529 (701)622-3505 Fax (701)622-3236	407 N 5 th Street PO Box 116 New Salem, ND 58563 Tel (701)843-8061 Fax: please call for info	
--	---	--	---	---

A LOOK AHEAD...

After you have been notified that your child will be attending Head Start, set up appointments for the **Well Child Exam OR Health Tracks Screening** and **Dental Exam**. If your child has had an exam in the last 12 months, have the provider complete the West River Head Start form.

★ **Well Child Exam / Health Tracks Screening** If you are Medicaid eligible, you qualify for Health Tracks Screening through Custer Health. Health Tracks Screenings are scheduled through Social Services.

- Morton County (701) 667-3395
- Oliver County (701) 794-3212

★ **Dental Exam** Schedule with your family dentist.



A un paso

*Después que se le haya notificado que su hijo asistirá a Head Start, programe citas para el examen **Well Child** o el examen de detección y seguimiento dental Health Tracks. Si su hijo ha tenido un examen en los últimos 12 meses, haga que el proveedor complete el formulario de West River Head Start.*

Examen de bienestar infantil / Examen de Seguimiento de Salud. Si usted es elegible para Medicaid, cualifica para el examen de seguimiento de salud a través de Custer Health. Los exámenes de Health Tracks se programan a través de los servicios sociales.

- Condado de Morton (701) 667-3395
- Condado de Oliver (701) 794-3212

Examen dental: Llamar para cita del examen dental con su dentista familiar.

Solicitud de West River Head Start

Assurance of confidentiality: This information is being requested on a voluntary basis. The information will help us determine the services most appropriate to meet your family's needs. Some information may be used to help guide national programming. If you choose not to provide some of the information, it will not affect your child's services. However, some information is required to determine if your child is eligible for the program. All information will be held in strict confidence.

Garantía de confidencialidad: esta información se solicita de forma voluntaria. La información nos ayudará a determinar los servicios más adecuados para satisfacer las necesidades de su familia. Parte de la información se puede usar para ayudar a proteger la programación nacional. Si elige no proporcionar parte de la información, esto no afectará los servicios de su hijo. Sin embargo, se requiere cierta información para determinar si su hijo es elegible para el programa. Toda la información se llevará a cabo en estricta confidencialidad.

Enrollment Information

Child to Enroll / Participante (Niño(a))					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero ☐ male (masculino) ☐ female (femenina)
Race / Raza ☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native ☐ Hawaiian/Pacific Islander / Isleño Pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____		Hispanic / Hispano ☐ Yes / Si ☐ No / No		Other Language / Otra Idioma	Other Language Proficiency / Habilidad de otro Idioma ☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente
Medical Insurance / Seguro Medico	Medicaid Eligibility / Eligibilidad Medicaid ☐ Not eligible / No es elegible ☐ On Medicaid / On Medicaid ☐ Potentially eligible / Potencialmente elegible		Medicaid # / Número de Medicaid	Doctor-Medical Home / Dr. Primario	
Dental Coverage / Cobertura Dental	Dental Coverage # / Número de Dental			Dentist-Dental Home / Dentista Primario	
Has the child been identified as having, or is suspected of having, any of the following? / El niño o niña a sido identiifcado o sospechoso de lo siguiente?			☐ Parent report indicates no disabilities. / Padre indica que no hay discapacidad.		
Mark all that apply / Escoja todos los que aplicqué. ☐ Autism / Autismo ☐ Emotional/behavioral disorder / Conducta de Desorden emocional ☐ Health impairment / Discapacidad de salud ☐ Hearing impairment / Discapacidad al escuchar ☐ Learning disability / Problema de aprendisage ☐ Orthopedic impairment / Discapacidad ortopedico ☐ Speech or language impairment / Discapacidad del habla o language ☐ Traumatic brain injury / Lesion cerebral Traumatico ☐ Visual impairment (including blindness) / Discapacidad visual (incluyendo seguera)		Other impairments (please list) / Otros Discapacidad:		Is your child on an Individualized Education Plan (IEP)? / ¿Su hijo está en un Plan de Educación Individualizado (IEP)? ☐ yes / si ☐ no / no If you answered yes: / Si marcas si: ☐ Speech / Language Delay / Retraso del habla ☐ Non-categorical Delay / Retaso no categorico ☐ Other / Otros : _____	

[illegible]

Parent / Guardian #1 Information / Información Padres o encargado Principal #1

First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza		Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles		Other Language / Otra Lengua
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____		☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente		
Highest Grade Completed / Nivel de Educación completado	Employment Status / Estado de Empleo		Child's Relationship / Relación con Niño(a)	Custody / Custodia	Lives with child / Vive con hijo(a):
☐ HS Graduate /Graduado Escuela Superior ☐ GED / GED ☐ Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____ ☐ Some college / Universidad no completado ☐ Associate's / Asociado ☐ Bachelor's / Bachillerato ☐ Master's / Maestría ☐ Doctorate / Doctorado	☐ Full Time / Tiempo completo ☐ Part Time / Tiempo parcial ☐ Seasonal / Empleado Por Temporada ☐ Training or School / Entrenamiento o escuela ☐ Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado ☐ Unemployed / Desempleado		☐ Biological-Adopted-Step / Biológico-Adoptado-Padrasto ☐ Grandchild / Nieto ☐ Other Relative / Otro pariente ☐ Foster / Casa cuna ☐ Other / Otro	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca
Place of Employment / Lugar de Empleo		How often do you get paid? / Con que frecuencia le pagan?		Email Address / Dirección electronica (email)	
		☐ Every 2 weeks / Cada 2 semana ☐ Weekly / Semanal ☐ Twice a month / 2 veces al mes ☐ Monthly / Mensual ☐ Other / Otro: _____			
Living Address / Dirección Residencial		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado
Mailing Address (if different from living address) / Dirección Postal (si es diferente)		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado
Phone Number(s) / Número(s) de Teléfono		Check one) / (Excoge uno)			Opt In for Text Messages / Optar por mensajes de texto
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No

Parent / Guardian #2 Information /
Información Padres o encargado Principal # 2

First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza		Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles		Other Language / Otra Idioma
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacifico, / Isla del pacifico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____		☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente		
Highest Grade Completed / Nivel de Educación completado	Employment Status / Estado de Empleo		Child's Relationship / Relación con Niño(a)	Custody / Custodia	Lives with child / Vive con hijo(a):
☐ HS Graduate / Graduado Escuela Superior ☐ GED / GED ☐ Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____ ☐ Some college / Universidad no completado ☐ Associate's / Asociado ☐ Bachelor's / Bachillerato ☐ Master's / Maestria ☐ Doctorate / Doctorado	☐ Full Time / Tiempo completo ☐ Part Time / Tiempo parcial ☐ Seasonal / Empleado Por Temporada ☐ Training or School / Entrenamiento o escuela ☐ Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado ☐ Unemployed / Desempleado		☐ Biological-Adopted-Step / Biologico-Adoptado-Padrasto ☐ Grandchild / Nieto ☐ Other Relative / Otro pariente ☐ Foster / Casa cuna ☐ Other / Otro	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca
Place of Employment / Lugar de Empleo		How often do you get paid? / Con que frecuencia le pagan?		Email Address / Dirección electronica (email)	
		☐ Every 2 weeks / Cada 2 semana ☐ Weekly / Semanal ☐ Twice a month / 2 veces al mes ☐ Monthly / Mensual ☐ Other / Otro: _____			
Living Address / Dirección Residencial		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado
Mailing Address (if different from living address) / Dirección Postal (si es diferente)		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado
Phone Number(s) / Número(s) de Teléfono		Check one) / (Excoge uno)			Opt In for Text Messages / Optar por mensajes de texto
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No
		☐ Cell / Celular ☐ Home / Hogar ☐ Work / Trabajo ☐ Other / Otro			☐ Yes / Si ☐ No / No

Please list all other children who live in the home. Por favor mensione todo los niños(a) que viva en el hogar.

Child #1					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relacion con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente	☐ Sibling / Hermanos ☐ Step-sibling / Hermanastro ☐ No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca	

Child #2					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relacion con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente	☐ Sibling / Hermanos ☐ Step-sibling / Hermanastro ☐ No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca	

Child #3					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relación con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente	☐ Sibling / Hermanos ☐ Step-sibling / Hermanastro ☐ No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca	

Child #4					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relación con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente	☐ Sibling / Hermanos ☐ Step-sibling / Hermanastro ☐ No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca	

Child #5					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					☐ male / masculino ☐ female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relacion con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
☐ Asian / Asiático ☐ Black / Negro ☐ White / Blanco Americano ☐ American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano ☐ Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico ☐ Multi-Racial / Multiracial ☐ Other / Otro: _____	☐ Yes / Si ☐ No / No	☐ None / Ninguna ☐ Little / Poco ☐ Moderate / Moderada ☐ Proficient / Proficiente	☐ Sibling / Hermanos ☐ Step-sibling / Hermanastro ☐ No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	☐ All the time / Todo el tiempo ☐ Some of the time / algunas veces ☐ Never / nunca	

If you are applying for multiple children, please complete a separate copy of this form for each applicant.
Si solicita para varios hijos, complete una copia por separado de este formulario para cada solicitante.

Certification: I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.
Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede finalizar y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y que puede acceder a ella durante el horario comercial normal.

Parent/guardian signature / Firma del padre / guardian

Date / fecha

Eligibility Document: Family / Individual Claiming Zero Income

Documento de elegibilidad: familia / individuo reclamando cero ingreso

Complete only if you have no income. / Complete solo si no tiene ingreso.

Explain how you are meeting your family's basic needs.

Explica cómo estás satisfaciendo las necesidades básicas de tu familia.

How are you providing clothing for your family? / *¿Cómo está proporcionando ropa para su familia?*

How are you covering the cost of housing? / *¿Cómo cubre el costo de la vivienda?*

How are you paying for food for your family? / *¿Cómo está pagando por la comida de su familia?*

Describe your living situation / *Describe tu situación de vida:*

I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:

Name: _____ Relationship/title: _____ Phone #: _____

Signature of parent / <i>Firma del padre</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>

**This side is to be completed by
WEST RIVER HEAD START STAFF**

Third Party Zero Income Verification Notes:

1. What is your relationship with the applicant?

2. How long have you known them?

3. Explain what you know about their situation.

4. Can you verify there is zero income?

Person Contacted: _____

Date: _____

Staff Signature: _____

West River Head Start

Homeless Verification Form

Verificación de Deambulante

Complete only if you are homeless. / Complete si no tiene hogar.

Subtitle B of the Title VII of the McKinney-Vento Homeless Assistance Act (and the Improving Head Start for School Readiness Act of 2007) defines "homeless" as follows: / *El subtítulo B del Título VII de la Ley de asistencia a personas sin hogar McKinney-Vento (y la Ley de mejora de Head Start para la preparación escolar de 2007) define "sin hogar" de la siguiente manera:*

- ☐ Individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence;
Individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada;
- ☐ Children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason;
Niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar;
- ☐ Children and youths who are living in motels, hotels, trailer parks or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations;
Niños y jóvenes que viven en moteles, hoteles, casas rodantes o áreas de cámping debido a la falta de alojamientos adecuados alternativos;
- ☐ Children and youths who are living in emergency or transitional shelters;
Niños y jóvenes que viven en refugios de emergencia o transitorios;
- ☐ Children and youths who are abandoned in hospitals;
Niños y jóvenes que son abandonados en hospitales;
- ☐ Children and youths who are awaiting foster care placement;
Niños y jóvenes que esperan colocación en hogares subtituto;
- ☐ Children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings;
Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado o utilizado ordinariamente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos;
- ☐ Children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings;
Niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobuses o trenes, o entornos similares;
- ☐ Migratory children who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described above.
Niños migratorios que cualifican como personas sin hogar a los efectos de este formulario, porque los niños viven en las circunstancias descritas anteriormente.

I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:

Name: _____ Relationship/title: _____ Phone #: _____

Signature of parent / guardian / adult verifying initial statement / <i>Firma del padre / tutor / adulto que verifica la declaración</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>

**This page is for
OFFICE USE ONLY**

Third Party Homeless Verification Notes:

1. What is your relationship with the applicant?

2. Can you explain what you know about their situation?

3. Can you verify that they are homeless?

Person Contacted: _____

Date: _____

Staff Signature: _____