

Querido Padre o Guardián:

Gracias por su interés en nuestro programa de Head Start/Early Head Start.

Para aplicar a nuestro programa, por favor regrese una copia de los siguientes documentos:

Aplicación completada

Prueba de ingreso por los últimos 12 meses, por ejemplo: Formulario W2, Comprobantes de salario mostrando el año actual a la fecha, Carta escrita por su empleado, Carta de la oficina de desempleo, Carta de TANF o SSI si lo recibe, Carta de apoyo del niño. Doce meses inmediatamente anteriores al mes en que la aplicación o para el año calendario inmediatamente anterior al año calendario en el que se realiza la aplicación, lo que refleje con mayor precisión las necesidades actuales de la familia.

Este programa recibe fondos federales y debe usar información sobre los ingresos para determinar su elegibilidad en nuestro programa.

Certificado de nacimiento del niño

Los niños menos de 5 años de edad pueden matricular en nuestro programa, por la fecha del distrito escolar, y no puede ser elegible para kindergarten.

También trabajamos con mujeres embarazadas, pero ellas no necesitan certificados de nacimiento.

Documentación (si usted no es el padre biológico)

Declaración de salud: Declaración de salud: declaración del médico, mostrando que el niño puede participar en el programa de Head Start/Early Head Start y participar en todas las actividades.

Examen físico: Reporte del doctor o Registró de salud del niño, mostrando un examen médico realizado en los últimos 12 meses.

Examen dental: examen dental del doctor en últimos 12 meses

Historial de inmunizaciones (tarjeta de vacunas)

Plan de cuidado de médico para condiciones crónicas (si corresponde)

Órdenes de custodia (si corresponde)

Dieta especial /Alergias de comida (si corresponde)

Documentación sobre discapacidad (si corresponde)

Resultados del plomo (12 meses, 24 meses)

Resultados de pruebas de hemoglobina-hematocrito (12 meses)

Le avisaremos tan pronto como sea posible si su hijo es elegible y dispone de un espacio en nuestro programa. Si su hijo es elegible, pero no hay espacio disponible, estará colocado en una lista de espera. Nuestro programa selecciona los candidatos en función de la prioridad de selección y no en quien llego primero.

Si necesita cualquier ayuda para conseguir la información requerida o completar la solicitud o si hay alguno cambio de información de sus contactos, póngase en contacto con nosotros.

Sinceramente,

Trabajadora de familia

Nota: Nuestro programa provee transporte limitado, y se proporciona información sobre las opciones de transporte público de asistencia en cada centro.

** Ingreso significa cobros total antes de impuestos de todos los recursos, con las excepciones indicadas abajo. Los ingresos incluyen salarios en dinero o sueldo antes de deducciones; ingreso neto del trabajo por cuenta propia no agrícolas; ingreso neto del trabajo por cuenta propia granja; pagos regulares de Seguro Social o de retiro ferroviario; huelga de pagos de compensación por desempleo, beneficios de los fondos sindicales, compensación, beneficios de veteranos (con la excepción indicados a continuación), asistencia pública (incluyendo asistencia temporal para familias necesitadas, seguridad de ingreso suplementario, pagos de dinero de ayuda de emergencia y con fondos no federales Asistencia General o alivio General de pagos de dinero); estipendios de formación; pensión alimenticia, manutención de los hijos y las asignaciones familiares militares u otro soporte regular de un miembro de la familia ausente o alguien que no vive en el hogar; las pensiones privadas, las pensiones de empleados de gobierno (incluyendo el pago de jubilación militar) y seguro regular o pagos de anualidades; concesión de becas de colegio o universidad.



Aplicación para Participar en el Programa

*Las mujeres embarazadas deben completar todas las secciones * estrellados* en esta página y la página siguiente*

** DATOS DEL PARTICIPANTE: llene la información sobre el niño o la mujer que aplica al programa

Apellido:	Nombre/Inicial:	Preferido:
Aplicar como una madre embarazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fecha estimada de parto:	
Fecha de nacimiento:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado Paternal Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/>
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Opciones de programa/Locación

Estás interesado en: EHS Servicios basados en el centro (nacimiento a 3 años) HS Servicios basados en el centro (3 a 5 años)

EHS Madre Embarazada Doble Sesión AM Doble Sesión PM

Condado en el que vive el niño: _____

Ubicación: Azle Alvarado Alvarado South Lillian Cleburne Stephenville Glen Rose
Granbury Mineral Wells Weatherford Boyd Decatur Bridgeport Corsicana

LA DEMOGRAFIA DEL NIÑO: Llene la información de su niño

Raza (marque todo que aplique): <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaii/Isias Pacificas <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Lenguaje	Lenguaje principal	Habilidad
	Inglés	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>
	Español	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Lantino <input type="checkbox"/> Non-Hispano/Lantino	Otro: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FAMILIAR: Llene la información sobre adultos y familiar que participan en la vida de su niño

PARIENTE/TUTOR	Nombre	Adulto principal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Relación al niño:	Fecha de Nacimiento:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:			
Número de Teléfono:	Teléfono principal	Tipo (trabajo, casa, celular)	Notas (cuando no llamar, etc.)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
Padre Joven: (18 o menos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Custodia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Vive con su niño: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Estado de Empleo:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría	<input type="checkbox"/> 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado
		<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela	<input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado
PARIENTE/TUTOR	Nombre	Adulto principal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Relación al niño:	Fecha de Nacimiento:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:			
Número de Teléfono:	Teléfono principal	Tipo (trabajo, casa, celular)	Notas (cuando no llamar, etc.)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
Padre Joven: (18 o menos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Custodia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Vive con su niño: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Estado de Empleo:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría	<input type="checkbox"/> 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado
		<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela	<input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado

MIEMBROS ADICIONALES que viven con la familia y son apoyados por ingreso del padre/del tutor:

Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación al niño:	Fecha De Nacimiento:		Actualmente/ Anteriormente inscritos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Número total de personas (incluyendo al niño y adultos enumerados frente y todos los mencionados) que 1) viven con la familia 2) apoyado por ingresos de los padres y 3) relacionados con el padre / tutor por sangre, matrimonio, adopción O cuidador legal autorizado de: _____

NECESIDADES DEL NIÑO **

Tiene su niño alguna discapacidad (diagnosticada por un doctor o un especialista) SI No Tiene el/la un IEP (o IFSP) SI No

Si sí, por favor indique la discapacidad especificada:

Tiene usted alguna preocupación sobre su niño/a? En la lista a continuación, por favor marque todas las áreas que se aplican:

____ Oído ____ Visión ____ Obesidad ____ Alergias ____ Asma ____ Problemas dentales

____ Otro problema medical - Descríbalo por favor _____ ***Por favor, oferta documentación medico de preocupaciones, si aplicable***

____ Desarrollo de lenguaje/dialecto ____ Desarrollo físico ____ Otra preocupación sobre el desarrollo - Descríbalo por favor: _____

____ Comportamiento o problema emocional (ejemplo: berrinches) - Descríbalo por favor: _____

SERVICIOS: Qué servicios recibe su familia?

____ Actualmente, la familia recibe servicios o había recibido servicios en los doce meses pasados de DYFS/DCFS

____ Estampias de comida	____ Desempleado	____ Ayuda de utilidad/energía
____ Subvención de Cuidado/Adopción	____ Alojamiento público	____ Apoyo de niño
____ Servicios de la salud o del salud mental	____ Vales de la sección 8	____ Asistencia social de otra agencia
____ Seguro médico del estado/Medicaid	____ TNS Servicios a la Comunidad	____ Seguro médico privado
____ Emergencia/crisis de intervención		Qué agencia _____

TIENE USTED: **TANF** SI No **SSI** SI No **WIC** SI No

QUESTIONES LEGALES: **

Trata actualmente su familia con cuestiones legales (juicio de familia, divorcio, periodo de prueba, etc.)? Sí No

Si es así por favor aclarar: _____

Información Adicional

Ha sido antes matriculado su niño en Head Start O otro programa de preescolar Sí No

Si sí, qué programa? _____

Cómo se enteró de nuestro programa? ____ Recomendación de palabra ____ Enviado por una agencia - WIC, DYFS, WFNJ, etc.
 ____ Vi/recibí un anuncio Especificuela por favor: _____
 ____ Vi/pasé por el centro ____ Otro
 ____ Conozco a alguien que trabaja ahí Especificuelo por favor: _____

Es al menos el padre / tutor de un veterano del ejército de Estados Unidos Si No

Por lo menos uno de los padres / tutores esta en servicio activo miembro de la militar de los Estados Estado ? Si No

Yo—o un adulto de mi familia—tiene acceso al Internet: Marque una de las casillas: Cada día Una vez por semana Unas veces por semana Unas veces por mes
 Con poco frecuencia nunca

FIRME AQUI POR FAVOR para verificar que ha cumplido esta aplicación y ha dado información verdadera.

Firma del Padre/Madre/Guardián:

Nombre (en letra de molde):

Fecha:



Texas Neighborhood Services

A Community Action Agency providing Services to Children and the Community!

Helping People. Changing Lives.

Supplement to Application for Program Participation

Miembros de Casa	Relación al Solicitante	Raza	Sexo	Veterano	Discapacitado Si No	Ultimo 4 de SSN	Fecha de Nacimiento	Educacion (Debajo)	Seguro Si o No
1.	Si Mismo								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

**Educacion- a) 0-8, b) 9-12 no Grad, c) 12+ Algunos Secundaria, o d) 2 o 4 Años Graduado de la Universidad.

Información de utilidad para todos los proveedores de servicios públicos:

Servicio de Proveedor Eléctrico: _____ # de Cuenta: _____

Vendedor de Gas Natural: _____ # de Cuenta: _____

Vendedor de Empresa Propano: _____ # de Cuenta: _____

Tanque: Propio - Arrendamiento

Información de Vivienda: Casa Privada Casa Movil Apartamento

• ¿Es dueño? Si No Hipoteca/Mes? _____

• ¿Alquila? Si No Renta/Mes? _____

Subsidiado o Vivienda Pública: Si No

Estoy buscando asistencia con:

- Comida Climatización
- Cuentas de servicios de utilidad Información y
- Otros, por favor indicar _____ Artículos para el Hogar

Indique su situación laboral:

- Soy empleado de tiempo completo o tiempo parcial
- Yo no estoy empleado
- Yo no estoy empleado ahora, pero he trabajado en los últimos 30 días
- Estoy desempleado y recibo desempleo
- Recibo de manutención infantil o TANF
- Recibo del Seguro Social / SSI / Pension

For Office Use Only:

in Family: _____ Calc. Yearly Income: _____ Fed. Poverty Level: _____