



Head Start es un programa comprensivo que sirve primordialmente a niños de familias que califican por medio de sus ingresos. Los niños que entran al programa de Head Start deben de haber cumplido tres o cuatro años de edad para el 1ero. de Septiembre del año escolar. Los niños de Early Head Start deben de ser menores de los 30 meses de edad. Nosotros aceptamos a niños con incapacidades. También tomamos en consideración diferentes factores que pudieran poner en riesgo a la familia.

Asimismo, tenemos un programa de educación prenatal para las mujeres. Este incluye visitas mensuales para proveer educación sobre diferentes temas de salud relacionados con el embarazo. También incluye una visita por la enfermera a las dos semanas después del parto. Una vez que el niño nace, el bebe entonces será matriculado en el programa infantil.

Nosotros servimos a las familias de los condados de Williamson y de Burnet. Nuestra oficina central esta localizada en Georgetown (512-763-1400). Nuestros centros están localizados en: Bagdad Head Start y Early Head Start (512-259-9010), Burnet Head Start (512-756-4777), Burnet Early Head Start (512-715-0805), Bartlett Head Start y Early Head Start (254-527-4421), Florence Head Start (254-793-3011), Harris Ross Head Start y Early Head Start (512-365-1070), Highland Lakes Head Start, sirve a niños de 3 años solamente (830-598-7667), Liberty Hill Head Start , sirve a niños de 4 años solamente (512-515-0838), Marble Falls Head Start y Early Head Start (830-693-2887), Mary Bailey Head Start (512-863-5259), Rawleigh Elliott Early Head Start y Head Start, sirve a niños de 3 años solamente y el numero es (512-864-9733), Round Rock Head Start y Early Head Start (512-255-4536).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA APLICACION- Si usted necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al centro más cercano.

- ✓ **Llene completamente la aplicación adjunta y Cuestionario de residencia familiar**
- ✓ **Incluya una prueba de los ingresos totales de la casa a la aplicación.**

Favor de mandar COPIAS de lo siguiente:

Ingresos (Tax Return) de los dos padres o

Talones de cheques (por lo menos dos de cada empleo tenido en los 12 últimos meses) o

Carta Verificada del Empleador

Si usted recibe algunos de los siguientes ingresos, también necesitamos verificación.

- ✓ Carta del Ingresos de Seguro Social (SSI)
 - ✓ Asistencia económica (TANF)
 - ✓ Manutención de los niños -Child Support (Copia de la carta o copia de los cheques)
 - ✓ Beneficios de Veteranos
 - ✓ Seguro Social
 - ✓ Desempleo (carta de los beneficios o dos talones de cheques)
 - ✓ Compensación a Trabajadores-Worker's comp
 - ✓ Becas escolares-Grants or scholarships
- ✓ **Vacunas**
 - ✓ **Registro de nacimiento**
 - ✓ **La prueba de residencia** (una factura, de luz, gas o telefono; o el documento que muestra su dirección residencial no dirección de envío)

Si usted no tiene NINGUN ingreso debemos de tener una copia de su mas reciente documento que demuestre cuanto dinero hizo la ultima vez que trabajo, es la forma SSA-7004 (Social Security Earnings Statement) y la puede obtener en la pagina de internet

<http://www.ssa.gov/online/ssa-7004.html> o al numero 1-800-772-1213. Si usted no puede obtener esta forma, favor de contactar a la Coordinadora de Matriculación al 512-763-1400

Después de recibir toda esta información requerida pondremos su aplicación en la lista de espera. Esto puede tomar hasta 30 días. Usted será notificado por teléfono si su niño va a ser matriculado. Si usted esta aplicando para el programa prenatal y no la llaman para matricularla, usted tendrá que llenar otra aplicación otra vez para poder matricular al nuevo niño.

Si usted cambia de dirección o de número de teléfono mientras esta en la lista de espera, favor de llamarnos para darnos la información nueva. Todas las aplicaciones son buenas por 1 año. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de las aplicaciones, favor de llamar a la Coordinadora de Matriculación al 512-763-1400

FAVOR DE GUARDAR ESTA INFORMACION COMO REFERENCIA EN EL FUTURO



¿Para quien aplica- niño o Mujer Embarazada? (circule uno)

(512)763-1400 /Fax (512)763-1411

| | | |
|---|--|--|
| Apellido del niño: | Nombre: | ¿Por cual programa de Head Start quiere aplicar? |
| Etnicidad: (Marque uno) No Hispano Hispano | Raza: (Marque uno) B = Black/Africo-Americano W = Blanco H = Hispano/Latino A=Asiático/Chino, Japonés BM=Biracial/Multirracial N = Indio Americano o Nativo de Alaska P = Hawaiano/Islands del Pacifico M= Middle Eastern O= Otro | |
| Sexo: (marque uno) F = Fem. M = Mas. | Fecha de Nacimiento: | ¿Se habla Ingles en casa? |
| Idioma del Niño: | Segundo Idioma: | Habilidades con el Ingles: (marque uno) Muy buenas Buenas No muy buenas No ingles |
| Nombre del Adulto Principal: | | Dirección/Ciudad/ Código Postal: |
| Teléfonos del Adulto Primario: Casa: | | Mensaje: |
| Correo electrónico: | | Celular: |
| Nombre del Adulto Secundario: | | Dirección si es diferente: Ciudad/Código Postal: |
| Teléfono del Adulto Secundario: Casa: | | Mensaje: |
| Correo electrónico: | | Celular: |
| Estatus Marital: (marque uno) Padre Soltero Dos Padres Foster No es Padre del Niño/Guardian Custodia Compartida | | |
| Estatus de Vivienda: (marque uno) Sin casa Propia Renta Otro | Tipo de Casa: (marque uno) Apartamento Casa Duplex Casa Móvil Otra | Si esta embarazada, en cual trimestre esta (marque uno) 1 st 2 nd 3 rd |
| Tipo de Seguro Medico: Medicaid CHIPS Ninguno | Privado (Ponga el Nombre): | Nombre del Doctor Primario del Apicante: Nombre del Dentista/ #: |
| El niño que esta aplicando o el bebe por nacer tiene alguna discapacidad? (marque uno) No Sospecha de Discapacidad | | |
| Si Si es así, que tipo de discapacidad _____ El niño tiene un IFSP o IEP: (marque uno) Si No | | |
| El niño tiene alguna condición medica o riesgos (marque uno) No Si, favor de explicar: | | La familia recibe algo de lo siguiente: (marque uno) Manutencion de niños WIC CCMS TANF SSI Estampillas de Comida |
| Usted tiene algún problema con algo de lo siguiente: (marque uno) Padre encarcelado Problemas de Custodia Orden de restricción | | Fue el niño referido por otra agencia: (marque uno) CPS Distrito Escolar PRIDE/ECI |
| Su niño asistió al programa Early Head Start o Head Start anteriormente? No Si, cuando y donde: | | Es el padre del niño un empleado de WBC Opportunities- Head Start/Early Head Start? Si No |

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA- -Marque todos los adultos que viven en la casa. Enliste primero al Adulto

ADULTOS

| Nombre y relación con el niño (Mama, papa, abuelo, etc.) | Sexo | Fecha de Nacimiento | Idioma | Etnicidad (No Hispano o Hispano) | Raza | (D1) Estatus de Educación | (D2) Estatus de Empleo | Empleador y por cuanto tiempo empleado |
|---|------|---------------------|--------|-------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|--|
| | M F | | | | | | | |
| | M F | | | | | | | |
| | M F | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>D1 –Numero de Años de Educación Terminada (coloque estos códigos en la sección de arriba marcada D1)</p> <p>G09 = Grado 9 o menos HSG = Graduado de High School G10 = Grado 10 GED = GED G11 = Grado 11 COL = Algo de Colegio/Vocacional/Certificado G12 = Grado 12 CTG =Graduado del Colegio o Certificado BAD= Bachelors o mas arriba NHS- No High School</p> | <p>D2 – Estatus de Empleo (coloque estos códigos en la sección de arriba marcada D2)</p> <p>F = Tiempo Completo (35 o mas horas a la semana) P = Medio tiempo (menos de 35 horas a la semana) S = Empleado temporal U = Desempleado D= Discapacitado T = En entrenamiento o en escuela R = Jubilado</p> |
|---|---|

NINOS- Enliste todos los niños que viven en casa. Enliste primero al niño que esta matriculando.

| Nombre y Apellido del niño | Fecha de Nacimiento | Sexo | Relación con el niño matriculado |
|----------------------------|---------------------|------|----------------------------------|
| | | M F | |
| | | M F | |
| | | M F | |
| | | M F | |

Total de Miembros de la Familia (Adultos y niños que usted es responsable por financieramente, incluyendo a ambos padre y madres si es que viven en la misma casa) _____

Total de Miembros en la Casa (Numero Total de la Familia mas otros Adultos y niños viviendo en casa) _____

Yo certifico que toda la información arriba proveída es verdadera a lo mejor de mis conocimientos. Esta aplicación es buena por 1 año.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____



La información en esta forma es necesaria para cumplir con la ley conocida como la McKinney-Vento Acta 42 U.S.C. 11434a(2), w que también es conocida como Título X, Parte C, de la ley No Child Left Behind. Las respuestas que dan ayudará a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

Marque la casilla que mejor describa con quien reside el niño.

- Tutores legales/Padres
- Cuidador que no es el tutor legar (*Por ejemplo: amigos, parientes, padres de amigos, etc.*)
- Otros _____

Tiempo Viviendo en la Dirección Actual: _____

Tiempo Viviendo en la Dirección Anterior: _____

Por favor marque solo una casilla que mejor describa el lugar donde el niño esta viviendo:

- En mi propia casa o apartamento, en la Sección 8 de vivienda, o en la vivienda militar con el padre (es), tutor legal (es), o el cuidador (es), si usted marcó esta casilla, por favor marque una o ambas de las siguientes casillas si procede:
 - Mi casa no tiene electricidad
 - Mi casa no tiene servicio de agua
- En la casa de un amigo o familiar, porque yo he perdido mi vivienda (por ejemplo: por incendios, inundaciones, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, expulsados por los padres, padre en el militar fue enviado afuera, el padre (s) esta en la cárcel, etc.)
- En un centro de acogida (shelter) porque no tengo una vivienda permanente [ejemplos: en un centro para familias, en un hogar para familias de violencia domestica, en un hogar para niños/jóvenes, en una vivienda de FEMA)
- En una vivienda de transición (vivienda que está disponible por un determinado período de tiempo y es sólo en parte o completamente pagada por una iglesia, una organización sin fines de lucro, u otra organización)
- En un hotel o motel (ejemplos: debido a las dificultades económicas, al desalojo, que no puedo obtener el dinero para el depósito de algo más permanente, por inundaciones, incendios, huracanes, etc.)
- En una tienda de campaña, coche, furgoneta, edificio abandonado, en la calle, en un campamento, en el parque, o cualquier otra ubicación al aire
- Ninguno de los anteriores describe mi situación actual en la que vivo

Si usted marco “ninguno de las anteriores”, explicar brevemente su situación:

Firma del Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Nombre del Niño: _____