



Querido Padre/Tutor:

El Programa Head Start de 0-5 años de NCCAA está actualmente recibiendo solicitudes de inscripción para mujeres embarazadas y niños de 0 a cinco años. Para ser elegible al Programa de Early Head Start, las mujeres deben estar embarazadas y/o los niños deben tener de 6 semanas a 36 meses de edad, y el ingreso familiar debe estar dentro de los Estándares de Pobreza establecidos por el Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Para ser elegible al Programa Preescolar, los niños deben tener 3 años y menos de 5 años antes de septiembre 1o. y el ingreso familiar debe estar dentro de los Estándares de Pobreza establecidos por el Departamento de Salud y de Servicios Humanos. El Programa Head Start de 0-5 años de NCCAA sirve a un 10% de niños con discapacidad que califican a través de ECI/LEA (ISD). Este producto fue financiado por el USDA. Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

SOLICITANTE

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F

Idioma principal: _____

Seguro Médico: No Sí Tipo y Numero de Seguro: _____

Raza: Asiática India Americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana Hawaiana/Isla del Pacífico Blanca
 Multi-racial/Bi-racial Otra: _____ Hispana: No Sí

ADULTO PRINCIPAL

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F

Idioma principal: _____ ¿Hablan otro idioma en el hogar? Si es así, ¿cuál?: _____

Raza: Asiática India Americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana Hawaiana/Isla del Pacífico Blanca
 Multi-racial/Bi-racial Otra: _____ Hispana: No Sí WIC: No Sí Militar: No Sí

Dirección física: _____ Ciudad/Código Postal: _____

¿Es la misma que su dirección postal? No Sí Si no es así, ¿Cuál es su dirección postal? _____

Correo electrónico (requerido): _____

Número de personas en la familia: _____

Número de personas en el hogar: _____

Números de teléfono (s)	Tipo (seleccione uno)	Acuerdo para recibir mensajes de texto/Emails:
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estatus de los padres: *seleccione todos los que correspondan*

Dos padres en la familia Padre/ Madre Soltera(a) Tutor Padre adolescente Padre estudiante Abuelo(a)
 Padre temporal (Foster) Padre con discapacidad Migrante Padre activo Custodia compartida

Grado Escolar	Estatus laboral	Parentesco con el niño(a)	Custodia	Seleccione todos los que correspondan
<input type="checkbox"/> 2 años de estudios superiores <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Universitario/ Capacitación <input type="checkbox"/> Universidad/ Capacitación Avanzada <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> < 9°. año	<input type="checkbox"/> 10°. año <input type="checkbox"/> 11°. año <input type="checkbox"/> 12°. año	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Por temporadas <input type="checkbox"/> Tiempo completo y en capacitación <input type="checkbox"/> Medio tiempo y en capacitación <input type="checkbox"/> En capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado/ Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Hijo biológico/ adoptivo/ hijastro (a) <input type="checkbox"/> Nieto (a) <input type="checkbox"/> Otro parentesco <input type="checkbox"/> Custodia temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proveedor financiero

ADULTO SECUNDARIO / OTRO ADULTO EN LA FAMILIA

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F
 Idioma principal: _____

Raza: Asiática India Americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana Hawaiana/Isla del Pacífico Blanca
 Multi-racial/Bi-racial Otra: _____ Hispana: No Sí Militar: No Sí

Dirección física: _____ Ciudad/Código Postal: _____

¿Es la misma que su dirección postal? No Sí Si no es así, ¿Cuál es su dirección postal? _____

¿Vive en la misma dirección que el Adulto Principal? No Sí Correo electrónico (requerido): _____

Números de teléfono (s)	Tipo (seleccione uno)	Acuerdo de recibir mensajes de texto/Emails:
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Grado Escolar	Estatus laboral	Parentesco con el niño(a)	Custodia	Seleccione todos los que correspondan
<input type="checkbox"/> 2 años de estudios superiores <input type="checkbox"/> 10°. año <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> 11°. año <input type="checkbox"/> Título Universitario/ Capacitación <input type="checkbox"/> < 9°. año <input type="checkbox"/> Universidad/ Capacitación Avanzada <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Por temporadas <input type="checkbox"/> Tiempo completo y en capacitación <input type="checkbox"/> Medio tiempo y en capacitación <input type="checkbox"/> En capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado/ Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Hijo biológico/ adoptivo/ hijastro (a) <input type="checkbox"/> Nieto (a) <input type="checkbox"/> Otro parentesco <input type="checkbox"/> Custodia temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Proveedor financiero

¿Ha solicitado alguna vez servicios de Early Head Start o Head Start? No Sí

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Tiene el niño(a) algún parentesco con algún empleado de NCCAA? No Sí, si es así, ¿con quién? _____

¿Cuál es el parentesco y en qué Centro/ oficina trabaja? _____

¿Cómo se enteró de los servicios del Programa 0-5 años de Head Start? _____

¿Tiene su hijo alguna discapacidad que califique? No Sí ECI or LEA (ISD) Otra: _____

Si se le seleccionó de la lista de espera, ¿necesitará acomodo especial para su hijo? No Sí

Si es así, explique por favor: _____

¿Cuál es la razón por la que solicita nuestros servicios?

Empleado Buscando empleo En escuela/ Capacitación Retirado/Discapacitado Otra: _____

HERMANOS DEL NIÑO QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ ¿Solicitando servicios? No Yes Masculino/Femenino

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ ¿Solicitando servicios? No Yes Masculino/Femenino

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ ¿Solicitando servicios? No Yes Masculino/Femenino

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ ¿Solicitando servicios? No Yes Masculino/Femenino

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ ¿Solicitando servicios? No Yes Masculino/Femenino

Lista de personas que podemos contactar en caso de no poder comunicarnos con usted:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Idioma: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Idioma: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Idioma: _____

**Seleccione todas las opciones que sean pertinentes para el niño(a) y/o la familia,
y proporcione documentación al entregar la solicitud:**

- El niño(a) tiene 4 años, menos de 5 años
- El niño(a) tiene 3 años, menos de 4 años
- El niño(a) tiene 2 años, menos de 3 años
- El niño(a) tiene una discapacidad (requiere IEP/IFSP)
- Padre/tutor adolescente (actualmente menor de 19 años)
- Padre/tutor menor de edad (actualmente menor de 17 años)
- Transición de Early Head Start a Head Start
- Familia migrante
- Beneficios de TANF
- Beneficios de desempleo
- Familia sin hogar
- No habla inglés/lenguaje de señas
- Estampillas de alimentos (SNAP)
- Está al corriente con los requerimientos de los criterios de EPSDT (Recomendaciones de Medicaid)
- Padre/tutor actualmente en prisión/ Padre Tutor ha estado en prisión dentro de los últimos tres años.
- Cuidado temporal/ Colocación por parentesco
- Recibe servicios de CPS (Plan de Seguridad/Reunificación/etc.)
- Exposición a Violencia Doméstica
- Sección 8 (se requiere copia de recibo o contrato)
- Vive en Vivienda Pública (se requiere copia de recibo o contrato) (ej. La Armada/Navarro/Wiggins/Treyway/Leeward etc.)
- EHS: Vive en los departamentos de Navigation Pointe/Riversquare (se requiere copia de recibo o contrato)
- Ingreso de Seguro Suplementario (para el niño(s) que solicita/hermano(s))
- Padre/tutor empleado
- Hermano actualmente inscrito en el Programa 0-5 años de Head Start
- EHS/HS: Vive en las zonas escolares donde tenemos centros de colaboración, como Robstown y Flour Bluff.

Entiendo que esta solicitud coloca a mi hijo(a) en la Lista Activa de Espera. Si la solicitud es seleccionada, una Asesora Familiar me contactará para hacer una cita. Entiendo que la agencia hará el mayor esfuerzo posible para asignar a mi hijo(a) al centro más cercano a mi casa o lugar de trabajo.

También entiendo que es mi responsabilidad notificar al Programa 0-5 años de Head Start Programa si ocurre algún cambio en el domicilio o número de teléfono proporcionados en mi solicitud. En caso de no reportar estos cambios y el personal de la agencia no pueda comunicarse conmigo, la solicitud de mi hijo(a) será removida de la lista de espera.

Yo, _____, declaro que la información proporcionada es exacta, a mi mejor entender, y que será verificada en toda su extensión posible.

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