

Head Start and Early Head Start Eligibility Application

**Aplicación para Head Start y Early Head Start:**

**UNA APLICACIÓN COMPLETA DEBE TENER LA SIGUIENTE DOCUMENTACION ADJUNTA A ESTA:**

- 1) Copia del certificado de nacimiento de su hijo
- 2) Verificación de ingresos (por ejemplo: talones de cheques, declaración de impuestos del 2009, beneficios de desempleo, SSI, TANF, o comprobante de manutención para su niño)
- 3) Documentos que declaren que su niño tiene una discapacidad diagnosticada (por ejemplo: documentos como el ARD y IEP o IFSP)
- 4) Padres temporales y padres guardianes deben proporcionar una copia de la carta de colocación.

**APLICACIONES INCOMPLETAS no serán consideradas para la inscripción o la lista de espera.**

Tras la inscripción, también se le requerirá presentar:

1. un registro actual de inmunización,
2. un examen físico actual,
3. un examen dental actual,
4. resultados de la prueba de hematocrito y hemoglobina,
5. resultados de la prueba de sangre del plomo,
6. escrutinio/examen de la tuberculosis.

| Guía de ingresos de 2009 para Head Start y Early Head Start efectiva el 1º de marzo de 2010 |                         |           |               |
|---|-------------------------|-----------|---------------|
| Número de Miembros en la Familia  | En, ó a menos del 100 % | 100%-130% | Más de 130%   |
| 1   | 10,830                  | 14,079    | Más de 14,079 |
| 2   | 14,570                  | 18,941    | Más de 18,941 |
| 3   | 18,310                  | 23,803    | Más de 23,803 |
| 4   | 22,050                  | 28,665    | Más de 28,665 |
| 5   | 25,790                  | 33,527    | Más de 33,527 |
| 6   | 29,530                  | 38,389    | Más de 38,389 |
| 7   | 33,270                  | 43,251    | Más de 43,251 |
| 8   | 37,010                  | 48,113    | Más de 48,113 |

Para las familias con más de 8 personas, añadir 3,740 dólares por cada persona adicional

Personas que son elegibles para participar en el programa no deben ser discriminadas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Quien crea que han discriminado debería escribir inmediatamente a: USDA, director, Oficina de derechos civiles, 1400 Independence Avenue SW. Washington D.C. 20250-9410.

**Centros de Head Start y Early Head Start :**

Elgin Early Childhood Development Center  
Head Start y Early Head Start – edades 0-4 años,  
1002B N Avenue C, Elgin, TX 78621  
512-285-4022 / 512-285-2596

Bastrop Early Childhood Development Center  
Early Head Start – edades 0-3 años,  
2402 N Main, Bastrop, TX 78602  
512-303-7737

Giddings Early Childhood Development Center  
Head Start y Early Head Start – edades 0-3 años,  
1010 E Industry, Giddings, TX 78942  
979-542-9512

Cedar Creek Head Start – edades 3-4 años  
5582 FM 535, Cedar Creek, TX 78612  
512-321-2900

Columbus Head Start – edades 3-4 años  
4170 Hwy 71 S, Columbus, TX 78934  
979-733-0022

Eagle Lake Head Start – edades 3-4 años  
600 Johnnie Hutchins Dr., Eagle Lake, TX 77434  
979-234-6863

LaGrange Head Start – edades 3-4 años  
879 Mode Lane, LaGrange, TX 78945  
979-968-3584

Lost Pines Early Childhood Development Center  
Head Start – edades 3-4 años  
151 Tiger Woods Dr., Bastrop, TX 78602  
512-308-9129

Mina Head Start – edades 3-4 años  
1203 Hill St, Bastrop, TX 78602  
512-308-9107

Smithville Head Start – edades 3-4 años  
308 Southwest Fourth, Smithville, TX 78957  
512-237-4449

Stoney Point Head Start – edades 3-4 años  
108 Point Dr., Del Valle TX 78617  
512-247-5530

Visite nuestro sitio Web en: [www.ctfhs.org](http://www.ctfhs.org)

Head Start and Early Head Start Eligibility Application

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Head Start que solicita: (sirve las edades de 3-4):</b> Cedar Creek <input type="checkbox"/> Columbus <input type="checkbox"/> Eagle Lake <input type="checkbox"/><br>Elgin <input type="checkbox"/> Mina <input type="checkbox"/> Giddings (sólo para el programa de 3 años de edad) <input type="checkbox"/> La Grange <input type="checkbox"/><br>Lost Pines <input type="checkbox"/> Smithville <input type="checkbox"/> Stoney Point <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| <b>Early Head Start que solicita: (sirve las edades de 0-3):</b> Bastrop <input type="checkbox"/> Elgin <input type="checkbox"/> Giddings <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| <b>Nombre de niño/a:</b><br>Actualmente el niño/a es:<br>Niño/a de edad 0-3 <input type="checkbox"/> Niño/a de edad 3-4 <input type="checkbox"/>  |  | <b>Fecha de nacimiento:</b><br>(Adjunte copia de el certificado de nacimiento)                     |  |
| <b>Idioma principal del niño:</b>   | <b>¿Tiene su niño/a una discapacidad?</b><br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Ó Marque si su niño/a está en proceso de ser evaluado/a por ECI, distrito escolar u otra agencia de servicio para una discapacidad sospechosa <input type="checkbox"/><br>Si sí o en proceso, adjuntar documentación de la evaluación, IEP, IFSP o evaluación o remisión | <b>Género de niño:</b><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Femenino <input type="checkbox"/>  | <b>¿Actualmente se encuentra el niño/a sin hogar?</b>  |
| <b>Dirección física donde usted vive:</b>   |  | <b>Ciudad</b>  | <b>Código Postal</b>                                   |
| <b>Dirección postal si es diferente a la de arriba:</b>   |  | <b>Ciudad</b>  | <b>Código Postal</b>                                   |
|   |  | <b>Condado</b>   |  |
| <b>Distrito escolar al que pertenece el niño/a:</b>   | <b>Número de niños en el hogar:</b>  | <b>Número de adultos en el hogar:</b>  |  |
| <b>Niño/a vive en:</b> hogar con un solo padre <input type="checkbox"/> hogar con dos padres <input type="checkbox"/><br>hogar con guardián legal (adjuntar documentos de tutela legal) <input type="checkbox"/> hogar temporal <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| <b>Marque beneficios recibidos por su familia:(adjuntar la documentación de todos los beneficios recibidos)</b><br>TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> subvenciones y becas <input type="checkbox"/> soporte de manutención <input type="checkbox"/><br>retiro <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/>   |  |  |  |
| <b>Nombres de los miembros de la familia apoyados únicamente por los ingresos de los padres del niño / tutor:</b>   | <b>Edad de los miembros de la familia enumerados en la lista:</b>  | <b>¿Tiene alguna discapacidad cualquiera de los miembros de la familia enumerados en la lista?</b> | <b>Escriba el tipo de discapacidad a continuación.</b> |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
| <b>Si es necesario, liste miembros adicionales en otro pedazo de papel.</b>   |  |  |  |



Head Start and Early Head Start Eligibility Application

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Demografía de familia:</b> La siguiente sección es utilizada por Cen-Tex Family Services, Inc. para requisitos de información del programa federal y por la Agencia para planificar a largo y corto plazo.   |                                  |
| <b>Origen étnico del niño/a (marque uno)</b><br><input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> No-hispano o de origen No-Latino   |                                  |
| <b>Raza de niño/a solicitante (Marque solamente uno):</b><br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia<br><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Nativos hawaianos u otras Islas del Pacífico  |                                  |
| El niño/a es biracial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                                  |
| ¿Recibe usted una compensación para el cuidado infantil?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                                  |
| ¿Está el niño/a inscrito/a en WIC?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                                  |
| <b>Mi hijo/a está cubierto actualmente por:</b><br>(Debe escribir la razón si ningún seguro esta marcado):<br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro privado sin cobertura dental<br><input type="checkbox"/> CHIP (programa de seguro de salud infantil) <input type="checkbox"/> Seguro privado con cobertura dental<br><input type="checkbox"/> No seguro de salud: la razón: _____   |                                  |
| El doctor de my hijo/a es:<br>Dirección del Doctor:   | Número de teléfono del doctor:   |
| El dentista de mi hijo/a es:<br>Dirección del dentista:   | Número de teléfono del dentista: |
| <b>Proveedor Principal a cargo del niño/a :</b> <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> guardián legal<br>- Su más alto nivel de educación obtenida:<br><input type="checkbox"/> menos de escuela secundaria: último grado completado _____<br><input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o GED<br><input type="checkbox"/> Cierta grado de Universidad, escuela profesional, Grado Asociado<br><input type="checkbox"/> Licenciatura o grado avanzado   |                                  |
| <b>Proveedor secundario a cargo de el niño/a:</b> <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutor legal<br>Nivel más alto de educación obtenida:<br><input type="checkbox"/> menos de escuela secundaria: último grado completado _____<br><input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o GED<br><input type="checkbox"/> Cierta grado de Universidad, escuela profesional, Grado Asociado<br><input type="checkbox"/> Licenciatura o grado avanzado   |                                  |
| ¿Necesita su niño/a cuidado infantil de tiempo completo todo el día/año porque los padres trabajan o están en capacitación laboral?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                                  |
| ¿Será atendido su hijo/a por alguien distinto a la persona principal o secundaria a cargo del niño/a cuando el niño/a no esté asistiendo al Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, especifique el proveedor o proveedores (marque todos los que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Se quedará en una casa de cuidado para niños<br><input type="checkbox"/> Atenderá un programa de pre-Kindergarten de escuela pública<br><input type="checkbox"/> Permanecerá en un centro de cuidado de niños o en un salón de clases<br><input type="checkbox"/> Se quedara en el hogar u otro hogar al cuidado de un familiar u otro adulto |                                  |
| <b>Todas las aplicaciones originales y completas deben ser entregadas al personal de Head Start en un centro de Head Start o deben ser enviadas por correo a la siguiente dirección:</b><br><p style="text-align: center;">Cen-Tex Family Services, Inc.<br/>                 2402 N. Main St.<br/>                 Bastrop, TX 78602</p>   |                                  |
| ¿Dónde oyó sobre nosotros? Escuela pública <input type="checkbox"/> Personal de Cen-Tex <input type="checkbox"/> otros: <input type="checkbox"/> _____<br>Folleto publicado <input type="checkbox"/> dónde: _____ Agencia comunitaria _____ <input type="checkbox"/> Nombre: _____  |                                  |
| Las respuestas a las preguntas anteriores no se utilizan para determinar la elegibilidad en el programa de Head Start y no forman parte del proceso de la aplicación.   |                                  |