



## Solicitud de Head Start y Early Head Start

### Pasos para Procesar la Solicitud

1. **Completar la aplicación y regresarla al centro.** *(La lista de centros se encuentra debajo)*
2. **Comprobante de ingresos de los últimos 12 meses o del año pasado de toda la familia.**  
*(Ejemplos. Forma de Impuestos del 2010, W-2's, SSI, Compensación por desempleo, Beneficios para veteranos y pensiones militares, Carta de ayuda federal para el estudiante (Becas), Manutención, Documento firmado por patrón o dueño sobre los ingresos de los últimos 12 meses (si recibió dinero en efectivo) y talones de cheques de todos los trabajos.)*
3. **Comprobante de fecha de nacimiento.** *(Certificado de Nacimiento, Certificado del Hospital o Pasaporte)*

### Documentos Adicionales Necesarios para la Inscripción

- Tarjeta de Vacunas (la más reciente)
- Tarjeta de WIC (Si está recibiendo)
- Copia de Medicaid, CHIP o Seguro Privado (Si tiene seguro)
- Carta de padre Adoptivo/Parentesco (la carta de colocación si la tiene)
- Registración de clases y/o actual empleo (padres de EHS que no están trabajando)

#### Area de Lockhart

**Lockhart CDC**  
12 Meses-3 años  
1808 W. San Antonio  
512-398-7141

**Carver Elementary**  
4 años  
371 Carver Street  
512-398-0078

### Información del Niño (a)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Raza: Blanco/Anglo  Indio  Dos razas o mas  Negro/Africano  Asiático   
Sin Especificar

Primer/Segundo Idioma: \_\_\_\_\_ Etnicidad: Hispano  No Hispano

¿Es el niño que esta aplicando **hijo de crianza**? Sí  No  Ciudadano: Sí  No

Tiene el niño: Medicaid  CHIP  Seguro Privado  Ninguno

¿Hay otros niños en su casa que están actualmente inscritos o que están aplicando para Head Start/Early Head Start? Sí  No

En caso afirmativo, favor de indicar los nombres: \_\_\_\_\_

## Información del Padre Encargado del Hogar/Guardián

---

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	
<hr/>			
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	Numero de Seguro Social
<hr/>			
Número de teléfono casero	Celular	Trabajo	

Primer/Segundo Idioma \_\_\_\_\_

¿Vive usted en la casa con el niño? Sí  No       Genero: Femenino  Masculino   
¿Tiene WIC? Sí  No       Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Separado   
Etnicidad: Hispano  No Hispano       Raza: Blanco/Anglo  Indio  Asían   
Negro/Africano  Dos razas o mas  Sin Especificar

Estado de empleo      Relación del Padre Encargado del Hogar/Guardián con el niño:  
Tiempo completo  Medio tiempo  Ama de casa       Madre  Padre  Otro Pariente   
Temporal  Trabajo por cuenta propia   
Estudiante  Desempleado       Guardián Legal: Especifique Por la corte  Por los padres

Educación completada: Abandono de estudios (Sin diploma o GED)  GED  ESL  Grado 9 o menos   
Grado 10  Grado 11  Grado 12  Algo de Universidad/Entrenamiento para Certificación  AA  BA

¿Está en la escuela? Sí  No  En caso afirmativo, ¿cual escuela y donde?  
¿Tiene Seguro Medico?: Sí  No  Medicaid  CHIP  Medicare  Seguro Privado

Residencia: Sin Hogar  Propio  Renta  Otro  Apartamentos Chapultepec   
¿Su familia se mudo en los últimos 24 meses? Sí  No   
¿Ha estado su familia y usted sin hogar en algún tiempo? Sí  No  Cuantos días: \_\_\_\_\_  
Marque su situación actual en cuanto a vivienda Hotel  Campamento  Refugio de emergencia   
Carro  Otro  En caso de otro, describa por favor \_\_\_\_\_

¿Trabajo los últimos 12 meses? Sí  No   
Por favor lista todos los trabajos y el tiempo de cada trabajo que tuvo en los últimos 12 meses:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

¿Puede usted transportar a su niño todos los días? Sí  No   
(Transportación está limitada a niños con incapacidades)

## Información del otro Padre/Guardián

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	Numero de Seguro Social
Número de teléfono casero	Celular	Trabajo	

Primer/Segundo Idioma \_\_\_\_\_

¿Vive usted en la casa con el niño? Sí  No       Genero: Femenino  Masculino

¿Tiene WIC? Sí  No

Etnicidad: Hispano  No Hispano       Raza: Blanco/Anglo  Indio  Asian   
Negro/Africano  Dos razas o mas  Sin Especificar

Estado de empleo      Relación del Padre Encargado del Hogar/Guardián con el niño:

Tiempo completo  Medio tiempo  Ama de casa       Madre  Padre  Otro Pariente

Temporal  Trabajo por cuenta propia

Estudiante  Desempleado       Guardián Legal: Especifique Por la corte  Por los padres

Educación completada: Abandono de estudios (Sin diploma o GED)  GED  ESL  Grado 9 o menos   
Grado 10  Grado 11  Grado 12  Algo de Universidad/Entrenamiento para Certificación  AA  BA

¿Está en la escuela? Sí  No  En caso afirmativo, ¿cual escuela y donde?

¿Tiene Seguro Medico?: Sí  No  Medicaid  CHIP  Medicare  Seguro Privado

Trabajo los ultimo 12 meses? Si  No

Por favor lista todos los trabajos y el tiempo de cada trabajo que tuvo en los últimos 12 meses:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Por favor lista todas las personas viviendo en su hogar.

¿Cuántas personas viven en su casa?

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación a Niño	Trabajó en los últimos 12 meses
1.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## Salud y Bienestar

PTS

1. ¿Está uno de los padres/guardián encarcelado? Sí  No  Fecha en que va a salir: \_\_\_\_\_
2. ¿Ha pasado la familia por la muerte de un padre/guardián/hermano(a) del niño en los últimos 12 meses? Sí  No
3. ¿Hay problemas de violencia domestica? Sí  No  En caso afirmativo, actual  o pasado   
Favor explicar \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene actualmente un caso abierto con CPS? Sí  No
5. ¿Está el padre/guardián experimentando problemas de salud mental? (Depresión, desorden bipolar o ansiedad)  
Sí  No   
¿Está recibiendo tratamiento? Sí  No  En caso afirmativo, favor de explicar \_\_\_\_\_
6. ¿Está el padre/guardián experimentando/abuso con alcohol o sustancias? Sí  No
7. ¿Está la familia recibiendo servicios de estos programas? Head Start  Early Head Start   
Asistencia con utilidades  HIV/AIDS  Asistencia con recetas medicas  Planificación familiar   
Asistencia con la renta
8. ¿Se encuentra alguien en la familia con una condición médica continua? Sí  No
9. ¿Tiene su niño una necesidad especial/incapacidad (Físico, Habla, Social, Emocional)? Sí  No   
En caso afirmativo, proporcione documentos (IEP, IEFSP, Nota del Doctor) Por favor describa.

\_\_\_\_\_  
*Por favor adjunte otra hoja si lo necesita para la explicación*

## Fuentes de Ingresos

En los últimos 12 meses alguien en su familia recibió alguno de los siguientes:

Talones de cheque Sí  No

Manutención de niños Sí  No

SSI (Ingresos Suplementario de Seguro) Sí  No

TANF Sí  No

Becas o ayuda financiera Sí  No

Seguro social, jubilación, beneficios para veteranos o incapacitados Sí  No

Compensación por desempleo Sí  No

¿Tiene otros familiares o amistades que lo(a) mantienen? Sí  No  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Nada de ingresos en los últimos 12 meses Sí  No

\* *Por favor de explicar porque no tuvo ingresos y como pudo mantenerse usted y su familia durante esos 12 meses.*

*Si marco si en cualquiera de las preguntas, favor de proporcionar documentos por esos últimos 12 meses.*

Al mejor de mi conocimiento, la información en esta solicitud es exacta y correcta. Entiendo que me pedirán que provea ciertos documentos y entiendo que si doy información falsa en mi solicitud esta puede ser rechazada o los servicios pueden ser terminados.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Iniciales del personal \_\_\_\_\_

Puntos Totales \_\_\_\_\_