

NCCAA  
Birth-to-Five Head Start  
Solicitud de Inscripción

Alma Barrera  
Directora Ejecutiva



Querido Padre/Tutor:

El Programa Head Start de 0-5 años de NCCAA está actualmente recibiendo solicitudes 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 para 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).

**SOLICITANTE**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
 Idioma principal: \_\_\_\_\_ Seguro Médico:  No  Sí Tipo y Numero de Seguro: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Cobertura Dental:  No  Sí Dentista/Clínica Dental: \_\_\_\_\_  
**Raza:**  Asiática  India Americana/Nativo de Alaska  Negra  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: \_\_\_\_\_ Seguro Médico:  No  Sí Tipo y Numero de Seguro: \_\_\_\_\_  
**Raza:**  Asiática  India Americana/Nativo de Alaska  Negra  Hawaiana/Isla del Pacífico  Blanca  
 Multi-racial/Bi-racial  Otra: \_\_\_\_\_ Hispana:  No  Sí WIC:  No  Sí Militar:  No  Sí  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Zona Postal: \_\_\_\_\_  
 ¿Vive en esta dirección?  No  Sí ¿Desde cuándo vive ahí? \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Número de miembros 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"/> Cell <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"/> Cell <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  Soltero (masculino/femenino)  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"/> 10°. año <input type="checkbox"/> 11°. año <input type="checkbox"/> 12°. año <input type="checkbox"/> < 9°. año	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <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"/> 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**

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ 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  Hawaiana/Isla del Pacífico  Blanca  
 Multi-racial/Bi-racial  Otra: \_\_\_\_\_ Hispana:  No  Sí WIC:  No  Sí Militar:  No  Sí  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Zona Postal: \_\_\_\_\_  
 ¿Vive en esta dirección?  No  Sí ¿Desde cuándo vive ahí? \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Números de teléfono (s)	Tipo (seleccione uno)	Acuerdo de recibir mensajes de texto/Emails:
	<input type="checkbox"/> Cell <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"/> Cell <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	
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"/> 10°. año <input type="checkbox"/> 11°. año <input type="checkbox"/> 12°. año <input type="checkbox"/> < 9°. año	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <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"/> 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

¿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 lugar/ oficina trabaja? \_\_\_\_\_

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

Si se le selecciono 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: \_\_\_\_\_

**DISABILITY**

**To be Completed & Signed by ECI or ISD Staff**

Child has a qualifying Disability: \_\_\_\_\_ ECI: \_\_\_\_\_ IFSP attached \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ISD: \_\_\_\_\_ ARD/IEP attached \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

**Seleccione todas las opciones que sean pertinentes para el niño(a) y/o la familia, y proporcione documentacion a la hora de 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 19 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 Publica (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)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (para el niño(a) que solicita/hermano(s))
- Padre/tutor empleado
- Hermano actualmente inscrito en el Programa 0-5 años de Head Start
- 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) lo más cerca de 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 de ser posible, en toda su extensión.

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_