

Aplicación de inscripción de Head Start

El programa de Head Start del Distrito Escolar de St. Johns ofrece un programa de preescolar gratuito y servicios integrales de salud y sociales a los niños elegibles de tres y cuatro años de edad y sus familias que viven en el condado de St. Johns.

Por favor complete la solicitud de forma completa y precisa. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Se usará para ayudar a determinar si su familia es elegible para Head Start y para priorizar su solicitud. Si necesita ayuda para completar la solicitud, puede ponerse en contacto con la oficina de Head Start al (904) 547-8965.

Las solicitudes se procesarán cuando se obtengan todos los documentos requeridos junto con la aplicación completada. Documentos requeridos:

Certificado de nacimiento: certificado disponible en la oficina de estadísticas vitales en el Departamento de salud de la Florida en el Condado de St. Johns o del Condado o en el estado que el niño nació.

Dos pruebas de residencia: documentos aceptables incluyen licencia de conducir emitida por el estado, factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento o alquiler.

Prueba de ingresos: de los últimos 12 meses o del último año: verificación de pago por 12 meses, W2, registro de impuestos, carta de premio de beneficios, carta de verificación del empleador, o declaración de manutención de menores.

Identificación fotográfica: Licencia de conducir emitida por el estado, pasaporte o identificación militar.

Información general: solo un padre o tutor legal puede firmar esta solicitud. Por favor, proporcione números de teléfono precisos y actualizados e información de contacto.

Elegibilidad: debe proporcionarse documentación de los requisitos de ingresos y elegibilidad para completar su solicitud. Si su hijo/a está en Foster Care, él o ella es categóricamente elegible, y la verificación de ingresos no es necesaria. Se requiere documentación de elegibilidad.

Prioridad: Head Start no procesa aplicaciones en orden de llegada. Todos los solicitantes son colocados en una lista de espera. La información que se nos proporciona determinará la ubicación de su hijo/a en la lista de espera.

Inscripción: la selección inicial se produce durante la primera semana de junio. Las solicitudes recibidas antes de esa fecha se considerarán para la inscripción inicial. Las solicitudes recibidas después del 1 de junio se colocarán en la lista de espera de Head Start.

Información de miembro de la familia (FAMILY MEMBER INFORMATION)

¿Cómo se enteraron de Head Start? _____

Padre o tutor primario: PRIMARY PARENT OR GUARDIAN

Primer nombre: _____ Apellido: _____ fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Número de teléfono de contacto preferido (circule uno) celular trabajo casa

Dirección de correo electrónico: _____ EMAIL

Raza: (Marque todas las que correspondan) RACE

Negro Blanco Multirracial/bi-racial Asiático Nativo Americano

Otro _

Origen étnico: ETHNICITY

Hispano No hispano

¿El nivel más alto de educación?: _____ EDUCATION ¿Se graduó/GED? sí no

¿Actualmente es estudiante? Sí no Si la respuesta es afirmativa, donde _____

Situación laboral: tiempo completo tiempo parcial temporada desempleados

retirado EMPLOYMENT STATUS

Lugar de empleo (si procede): _____ PLACE OF EMPLOYMENT

Relación con el niño: _____ custodia del niño: sí no

Edad del padre en el nacimiento del primer hijo _____

Idioma de nacimiento de este miembro adulto de la familia: Inglés Español

otro _

Cuidador principal: vive con la familia proporciona apoyo financiero adolescente padre

(Marque todas las que apliquen) CHILD LIVES WITH

¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico para usted? Sí no HEALTH INSURANCE

si la respuesta es afirmativa, cuál _____ WITH WHO

Otro padre o tutor: (formularios adicionales disponibles para agregar padres/tutores) OTHER

Primer nombre: _____ Apellido: _____ fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Número de teléfono de contacto preferido (circule uno) celular trabajo casa

Dirección de correo electrónico: _____ EMAIL

Raza: (Marque todas las que correspondan) RACE

Negro Blanco Multirracial/bi-racial Asiático Nativo Americano

Otro _

Origen étnico:

Hispano No hispano

¿El nivel más alto de educación?: _____ ¿Se graduó/GED? sí no

¿Actualmente es estudiante? Sí no Si la respuesta es afirmativa, donde _

Situación laboral: tiempo completo tiempo parcial temporada desempleados
 retirado

Lugar de empleo (si procede): _____

Relación con el niño: _ custodia del niño: sí no

Edad de los padres en el nacimiento del primer niño _____

de este miembro adulto de la familia: Español Inglés otros _

Idioma de nacimiento de este miembro adulto de la familia: Inglés Español
 otro _

Cuidador secundario: vive con la familia proporciona apoyo financiero adolescente padre
(Marque todas las que correspondan)

Solo para uso de oficina:

Información del niño: (niño elegible para edad de Head Start)

Nombre (FIRST): _____ Apellido (LAST): _____ "apodo": _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: masculino femenino

El niño vive con:

_____ Dos padres

_____ Madre soltera

_____ madre soltera que vive con su pareja

_____ Un padre

_____ padre soltero que vive con su pareja

_____ (S) los padres que viven con sus parientes

_____ el tutor-documentación requerida

_____ La familia Foster – documentación requerida

_____ Otro (especifique) _____

Raza: (Marque todas las que apliquen) RACE

negro blanco Multi-racial/bi-racial asiático nativo Americano otro _____

origen étnico: hispana no hispánica

Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

tipo de seguro: Privado Medicaid militar other _____

¿Su hijo ha tenido un examen físico reciente? sí no Si es así, mes/año _____

Doctor del niño: _____ teléfono: _____

Dentista del niño: _____ teléfono: _____

Plan dental: Medicaid Privado _____ otros _

El distrito escolar del condado de St. Johns no ofrece transporte para los estudiantes a Head Start.

(NO TRANSPORTATION)

¿Cómo va a llegar este niño/a a la escuela? padre de cuidado infantil otro _____

Otros miembros de la familia OTHER FAMILY MEMBERS

Con el fin de determinar si su ingreso familiar está o no está por debajo de las pautas federales de pobreza, debemos saber cuántas personas están en su familia, así como su ingreso familiar total. Para nuestros propósitos, una familia es "... todas las personas que viven en el mismo hogar que son (1) apoyados por los ingresos de los padres o tutores del niño que se inscriben en el programa, y (2) relacionados con el padre (s) o tutor (es) por sangre, matrimonio o adopción ". Por favor enumere todas las personas en el hogar que son apoyadas por el padre (s) o tutor (es) que solicita Head Start.

Nombre	Nacimiento	Género	Relación con el padre/tutor	Carrera
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____

Información de la familia

Información general del hogar: GENERAL HOUSEHOLD INFORMATION

Dirección actual: _____
Dirección de la calle Ciudad Código postal

Dirección postal _____
Dirección de la calle Ciudad Código postal

Teléfono de la casa: _____ teléfono de trabajo: _____ teléfono celular: _____

Número en el hogar _____ número en la familia _____ el número total de niños _____

Idioma principal en el hogar: Inglés Español otro _____

TANF sí no anteriormente SSI sí no

EBT/asistencia alimentaria? sí no WIC? sí no

Servicios de los niños episcopales? sí no

Otras agencias que prestan servicios a su hijo/familia: _____

¿Recibe manutención de niños? sí no CHILD SUPPORT?

En caso afirmativo, ¿cuánto en los últimos 12 meses? _____ LAST 12 MONTHS

Contactos de emergencia (other than parent/guardian)

Nombre:	Relación con el niño:
Dirección:	Número de teléfono de casa:
Ciudad, estado, cremallera:	teléfono celular
	teléfono de trabajo
¿Es esta persona un contacto de emergencia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Puede este niño ser entregado a esta persona <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Nombre:	Relación con el niño:
Dirección:	Número de teléfono de casa:
Ciudad, estado, cremallera:	teléfono celular
	teléfono de trabajo
¿Es esta persona un contacto de emergencia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Puede este niño ser entregado a esta persona <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Nombre:	Relación con el niño:
Dirección:	Número de teléfono de casa:
Ciudad, estado, cremallera:	teléfono celular
	teléfono de trabajo
¿Es esta persona un contacto de emergencia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Puede este niño ser entregado a esta persona <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Solo para uso de oficina:

Prioridad PRIORITY

La siguiente información determinará la prioridad de elegibilidad de su hijo/a. Esta información se mantiene en el archivo de solicitud confidencial de su hijo/a. Por favor marque todas las que correspondan.

Inquietudes que afectan actualmente a su hijo/a:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TDAH/ADD | <input type="checkbox"/> deficiencia auditiva | <input type="checkbox"/> asma (que requiere medicación) |
| <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> discapacidad visual | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> Caries dentales severas | <input type="checkbox"/> discurso/lenguaje | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional/conductual |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> autismo | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo (que requiere medicación) | | |

Otros _____ ninguno

Solo para uso de oficina:

¿Sospecha que cualquier otro problema afecta a su hijo/a: sí no

Por favor explique: _____

Preocupaciones ambientales que afectan actualmente a su hijo/a:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso y negligencia infantil | <input type="checkbox"/> violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> divorcio (en los últimos 24 meses) |
| <input type="checkbox"/> Encarcelación de un padre | <input type="checkbox"/> padre/tutor discapacitado (recibir beneficios) |
| <input type="checkbox"/> Padre activo militar (fuera de casa) | <input type="checkbox"/> adolescente padre (anteriormente o actualmente) |
- Fallecimiento de un familiar inmediato (en un plazo de 24 meses)
 - Recibir servicios a través del DCF (cuidado de crianza, servicios de protección, programa de integridad familiar, etc.)
 - Falta de vivienda (incluye familias que viven temporalmente en refugios, hoteles o vehículos o que se mueven con frecuencia entre los hogares de familiares y amigos)
 - Otras cuestiones (embarazo, falta de vivienda previa, problemas de salud familiar, etc.)

Por favor explique: _____

Declaración de verdad

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera. También entiendo que la información proporcionada en esta solicitud se llevará a cabo en la más estricta confianza dentro del distrito escolar de St. Johns County y es accesible a mí por cita durante el horario comercial normal.

Autorizo a Head Start para verificar mis ingresos familiares y las circunstancias con mi empleador u otra agencia, si es necesario. Entiendo que si tergiverso deliberadamente mis ingresos o circunstancias familiares, mi familia podría no ser elegible para otros servicios.

 firma del padre/tutor (PARENT SIGNATURE)

 fecha de hoy (TODAYS DATE)

Solo para uso de oficina:

School Zone: _____
Head Start Site: _____
Requested School Site (see above): _____
Date Application Received: _____ Received by: _____