

Bienvenido al Programa de Early Head Start y Head Start de NADC:

Estamos orgullosos de ofrecer un programa de clase mundial para niños y familias en los condados de Independence, Sharp, Stone, Fulton e Izard. Los niños son elegibles según la edad, los ingresos y las necesidades familiares. Esto es lo que necesita para registrar a su hijo para una posible selección. Completar la solicitud no garantiza la elegibilidad o inscripción. La inscripción se basa en la disponibilidad y la mayor necesidad.

Documentación necesaria:



Los siguientes documentos son necesarios para completar su solicitud. Después de todo, los artículos han sido recibidos. La Sra. Michaela Manning puede llamarlo en algunas circunstancias para una breve entrevista. Este proceso no tardará más de 30 m en completarse.

Si está recibiendo alguno de los siguientes: SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o es una familia de crianza, necesitaremos una copia de su documentación. Los beneficiarios de SSI necesitarán una carta de verificación de beneficios, que se puede encontrar en ssa.gov/mysocialsecurity

Necesitaremos lo siguiente para **CADA** padre empleado:

- **Para padres que trabajan en un horario fijo:** 1 mes de talones de pago actuales, el talón de pago debe incluir su nombre, tasa de pago, horas trabajadas e información del empleador.
- **Para padres que trabajan por cuenta propia:** una carta de la fuente de ingresos con ingresos estimados actuales o declaración de impuestos vigente.
- **Para los padres que desean estar en el programa Melbourne o Highland ABC:** un mes de ingresos, debe incluir su nombre, tasa de pago, horas trabajadas e información del empleador. Carta de desempleo notariada o declaración escrita sin ingresos si un cónyuge proporciona gastos de manutención, Declaración de verificación de no ingresos para otras familias.
- **Para padres desempleados:** una declaración escrita de ausencia de ingresos si el cónyuge proporciona los gastos de manutención, declaración de verificación de ausencia de ingresos para otras familias.
- **Para padres que reciben Seguro Social o Discapacidad:** los beneficiarios necesitarán una carta de verificación de beneficios, se puede encontrar en ssa.gov/mysocialsecurity
- **TODAS las declaraciones escritas deben ser notariadas.**

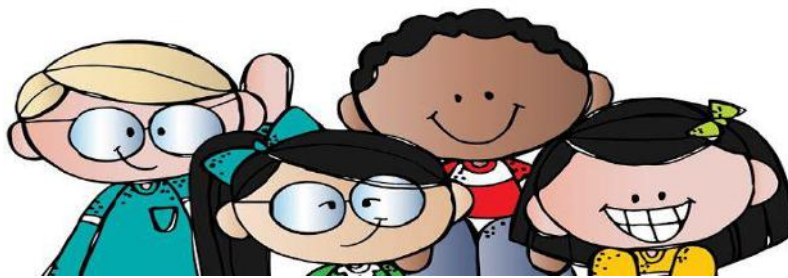


Para la verificación de la edad del niño: Comprobante de nacimiento, certificado de nacimiento o registro de vacunas actual para cada niño que solicita

Documentación ordenada por la corte: orden de custodia, documentos de tutela, carta para niños de crianza

Documentación médica : si al niño se le diagnostica una discapacidad o es médicamente frágil, necesitaremos el IEP/IFSP certificado u otros documentos pertinentes del médico o terapeuta de su hijo.

Después de que se haya devuelto toda la documentación necesaria (childapp@nadcinc.org), procesaremos su solicitud lo más rápido posible. Una vez que hayamos terminado, nos comunicaremos con usted por correo electrónico o por teléfono para informarle si ha sido aceptado o está en la lista de espera. **Tenga a mano todos los números de seguro social, cumpleaños, tipo de seguro médico y nivel de educación de todas las personas que viven en el hogar.**





Head Start y Early Head Start de NADC

Solicitud 2022-2023



Nombre del solicitante: _____

Información familiar			
Cuidador principal: _____			
Primer nombre segundo nombre apellido			
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Número de seguridad social:	Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección residencial y postal: _____			
Calle Ciudad Estado Código postal			
País de residencia:	Teléfono del trabajo:	Teléfono de casa:	¿Guardián legal del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación con el solicitante: _____
		Teléfono móvil:	
Idioma hablado en casa: Primaria: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____		¿Qué tan bien habla inglés esta persona? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> No Bien <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> en absoluto	
Estatus laboral: <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> jubilados a tiempo <input type="checkbox"/> completo a tiempo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> ama de casa <input type="checkbox"/> asistir a la escuela Lugar de Empleo: Nombre: _____ Habla a: _____ Nombre de la escuela a la que asiste:		Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Grado asociado de tiempo <input type="checkbox"/> completo de la escuela <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> Título de Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad Último grado completado: ____ Otro: _____	
Situación Militar: ¿Estoy actualmente en servicio activo en el ejército? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Soy un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de familia: <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Dos padres Tamaño del hogar: _____	
Seguro médico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Otro: _____		Tipo de Vivienda: (Elegir solo uno) <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Vivienda Comunitaria <input type="checkbox"/> Casa para Migrantes <input type="checkbox"/> No Casa <input type="checkbox"/> Casa móvil/remolque sin vivienda <input type="checkbox"/> Habitación de hotel/motel <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Duración del tiempo en la dirección actual: Me <input type="checkbox"/> s de 6 meses 6-12 me <input type="checkbox"/> s 1-2 años 2+año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? _____	Acuerdo de pago de vivienda: (Elija solo uno) Sin <input type="checkbox"/> pago de vivienda Vivienda propia <input type="checkbox"/> Rec <input type="checkbox"/> e Vivienda Subsidiada Renta Vivienda <input type="checkbox"/> Otr <input type="checkbox"/> _____
--	--

Permiso de Residencia:

Sí, No ¿La familia del niño comparte vivienda debido a problemas económicos? (Viviendo con otros adultos, incluyendo parientes)

Sí, No ¿Vive el niño en un refugio, hotel, motel o carece de una residencia fija y regular? (refugio de violencia doméstica, vivienda de transición, etc.)

Sí, No ¿Vive el niño en un automóvil, parque, campamento o lugar público?

Tipo de asistencia federal u otra asistencia recibida: (Elija TODAS las que correspondan)		
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, cupones de alimentos)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	WIC (mujeres, bebés y niños)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	EITC (Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	VA (Asuntos de Veteranos)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Compensación de trabajadores
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Manutención de los hijos
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Desempleo
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Vivienda de Apoyo Permanente
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Vale de elección de vivienda
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Vivienda pública
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	HUD-VASH (vale de elección de vivienda para asuntos de veteranos)
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No	Vale de cuidado de niños

Cuidador secundario:		

Primer nombre segundo nombre apellido		
Fecha de nacimiento:	Género:	*Hispano o latino: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Número de seguridad social:	Raza:	*Discapacitado: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
País de residencia:	Nacionalidad:	¿Guardián legal del solicitante? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Relación con el solicitante: _____
	Teléfono móvil:	
	Teléfono del trabajo:	
Estatus laboral: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> jubilados a tiempo <input type="checkbox"/> completo a tiempo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> ama de casa <input type="checkbox"/> asistir a la escuela		Educación: <input type="checkbox"/> Grado asociado de tiempo <input type="checkbox"/> completo de la escuela <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> Título de Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad
Lugar de Empleo: Nombre: _____ Habla a: _____ _____		Último grado completado: _____ Otro: _____
Nombre de la escuela a la que asiste:		

Situación Militar: ¿Estoy actualmente en servicio activo en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soy un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> militar <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Otro: _____

Datos del niño (solicitante)			
Niño: _____ Primer nombre segundo nombre apellido			
Apodo:	Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de seguridad social:	Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de seguros de salud	Centro preferido: Ubicaciones de Head Start: Mountain View, Salem, Viola, Batesville, Cave City, Sulphur Rock, Melbourne, Calico Rock, Evening Shade, Highland Ubicaciones tempranas, Batesville, Sulphur Rock, Highland, Mountain View) Ubicación de la asociación: Guardería Evening Shade, Highland Wee Care, Highland Kiddo College		

Datos del niño (solicitante)			
Niño: _____ Primer nombre segundo nombre apellido			
Apodo:	Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Número de seguridad social:	Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de seguros de salud	Centro preferido: Ubicaciones de Head Start: Mountain View, Salem, Viola, Batesville, Cave City, Sulphur Rock, Melbourne, Calico Rock, Evening Shade, Highland Ubicaciones tempranas, Batesville, Sulphur Rock, Highland, Mountain View) Ubicación de la asociación: Guardería Evening Shade, Highland Wee Care, Highland Kiddo College		

Firma(s) de verificación: Certifico que la información proporcionada en esta solicitud y los ingresos indicados para la elegibilidad de inscripción son precisos y veraces a mi leal saber y entender. Proporcionar información/ingresos falsos podría resultar en el despido del programa y podría estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información proporcionada al programa se mantendrá confidencial y puedo acceder a ella durante el horario normal de trabajo.	
_____ Tutor legal Fecha Firma	_____ del personal de Head Start Fecha

¿Cuál es el mejor día para que un miembro del personal de aplicaciones se comuniquen con usted para su cita de seguimiento?

Día: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes **Hora:** _____

Sin preferencia de días ni horarios: Horario de oficina: 8:00 am- 4:00 pm

Enumere aquí a todas las personas que viven en su hogar:

Nombre:

Primer nombre segundo nombre apellido

Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino:
Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado:
Número de teléfono:	Nivel de Educación:	Seguro médico:
Estatus Ocupacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> jubilados a tiempo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> Niño ama de casa <input type="checkbox"/> no aplica Lugar de trabajo o escuela: Nombre: _____ Habla a: _____	Relación con el solicitante :	Número de seguridad social:

Nombre:

Primer nombre segundo nombre apellido

Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino:
Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado:
Número de teléfono:	Nivel de Educación:	Seguro médico:
Estatus Ocupacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> jubilados a tiempo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> Niño ama de casa <input type="checkbox"/> no aplica Lugar de Empleo: Nombre: _____ Habla a: _____ Nombre de la escuela a la que asiste: _____	Relación con el solicitante :	Número de seguridad social:

Nombre:

Primer nombre segundo nombre apellido

Fecha de nacimiento:	Género:	Hispano o latino:
Raza:	Nacionalidad:	Discapacitado:
Número de teléfono:	Nivel de Educación:	Seguro médico:
Estatus Ocupacional: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> jubilados a tiempo <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> Niño ama de casa <input type="checkbox"/> no aplica Lugar de Empleo: Nombre: _____ Habla a: _____ Nombre de la escuela a la que asiste: _____	Relación con el solicitante :	Número de seguridad social:

Si es necesario, indique la información adicional de los miembros del hogar en el reverso de esta página.



**Head Start y Early Head Start de NADC
Declaración de No Verificación de Ingresos**



Si el ingreso de su familia es Cero, explique cómo está cubriendo sus gastos de manutención: Tenga en cuenta que este formulario DEBE estar certificado por un notario. Si tiene problemas para encontrar un notario, comuníquese con la Oficina Central.

¿Cómo paga su vivienda, servicios públicos y alimentos? (HUD, SNAP, Ahorros, etc.)

Certifico que esta información es verdadera y correcta. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo en el programa puede ser cancelada y sujeta a acciones legales. También entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y está disponible para mí durante el horario comercial normal.

Firma del padre que solicita el niño : _____ Fecha: _____

Based on the information above and a brief interview with the family, I attest that to the best of my knowledge that this child is **Eligible** **Not Eligible** to receive points under the criteria for No Income.

Staff Signature: _____ Date: _____



Head Start y Early Head Start de NADC

Cuestionario de residencia familiar



A partir del 12 de diciembre de 2007, con la aprobación de la Ley de Reautorización de Head Start de 2007, cualquier niño cuya situación de vivienda actual le dé derecho a servicios conforme a la sección 725(2) de la Ley McKinney-Vento (42 USC 11435(2)) se considera automáticamente elegible para los servicios de Head Start. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.

Nombre del padre que llena el cuestionario: _____

Nombre del niño: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Edad: _____

Este cuestionario tiene por objeto abordar la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar si el niño puede ser elegible automáticamente para los servicios de Head Start.

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? _____ Sí No
2. ¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? ___ Sí No

Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, este niño no es automáticamente elegible para Head Start bajo la Ley McKinney-Vento. Todavía se requieren las firmas del personal y de los padres y se debe marcar la casilla "No elegible". Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas, complete el resto de este formulario.

¿Dónde vive actualmente la familia? (Marque una casilla).

- en un motel
- en un refugio
- Compartir la vivienda de otros
- Mudanza de lugar a lugar
- En un lugar no diseñado para alojamiento ordinario para dormir, como un automóvil, un parque o un campamento.

Dirección: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Certifico que la información que he dado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si el programa determina que mi hijo no califica automáticamente para los servicios de Head Start según la Ley McKinney-Vento, la aceptación en el programa se decidirá según los criterios de elegibilidad actuales del niño.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Based on the information above and a brief interview with the family, I attest that to the best of my knowledge that this child is **Eligible** **Not Eligible** for enrollment in the Head Start program based on the McKinney-Vento Act.

Staff Signature: _____ **Date:** _____



Head Start y Early Head Start de NADC

Questionario de necesidad de servicio social



El objetivo de nuestro programa es brindar servicios a las familias que más lo necesitan. Si alguno de los siguientes se aplica a su familia, marque la casilla a continuación y proporcione una breve descripción de la situación. En una de estas circunstancias, uno de nuestros especialistas en servicios familiares se comunicará con usted por correo electrónico o por teléfono para solicitar una entrevista.

- La familia está experimentando violencia doméstica.
- La familia ha experimentado un diagnóstico reciente de discapacidad grave/problema de salud mental
- La familia está experimentando a un miembro de la familia lidiando con el abuso de sustancias
- La familia es una familia de inmigrantes/refugiados
- La familia está en crisis (víctima/testigo de un crimen violento o víctima/testigo de un trauma emocional o físico)
- Uno o ambos padres están actualmente encarcelados, en libertad condicional o en libertad condicional
- Ninguno de estos aplica

Si seleccionó ninguno de estos aplica, no necesita continuar llenando este formulario. Todavía se requieren las firmas del personal y de los padres, y se debe marcar la casilla "No elegible". Si respondió algo diferente a "Ninguno de estos aplica", continúe completando este formulario.

¿Cómo le gustaría ser contactado para su entrevista? Indique los días de la semana y la hora del día que prefiera.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Based on the information above and a brief interview with the family, I attest that to the best of my knowledge that this child is Eligible Not Eligible to receive points under the criteria for High Social Service Need.

Staff Signature: _____ Date: _____