

## Resumen del Programa de Head Start

Gracias por aplicar para el Programa Head Start. El programa de Head Start adopta un enfoque integral para satisfacer las necesidades de los niños pequeños al centrarse en la educación, la salud y la participación de los padres. Estas son algunas preguntas que usted puede tener al aplicar para inscribir a su hijo.

- **Ya entregue mi aplicación... ¿Qué sigue después?**
  - Su hijo será colocado en la lista de espera.
  - Los niños serán seleccionados para el programa según el espacio disponible y la elegibilidad de la familia. Utilizaremos la información que usted proporcionó en la solicitud para determinar su elegibilidad.
  - Los niños son seleccionados de acuerdo a la mayor necesidad. La lista de espera no se forma de acuerdo a quien llega primero. Los niños con mayor necesidad van primero.
  - Las aplicaciones son buenas por un año. Si su hijo no ha sido seleccionado dentro del año, usted deberá completar una nueva solicitud si desea permanecer en la lista.
  
- **¡Mi hijo ha sido seleccionado! ¿Ahora qué?**
  - **Formas de inscripción-** Se le pedirá que vaya al centro para completar el papeleo de inscripción. Esto incluye un historial de salud de su hijo, permiso para completar las evaluaciones de su hijo, una tarjeta de contactos de emergencia y un acuerdo familiar.
  - **Requisitos médicos** – Head Start requiere un chequeo infantil actual (físico) y un examen dental. Nuestro programa revisará las necesidades de salud de su hijo durante todo el año, por lo que se le recordará llevar a su hijo al médico y al dentista cuando sea el momento de un chequeo. Su hijo deberá haber tenido un examen de hemoglobina (hierro) y de plomo en el consultorio de su médico. Necesitaremos los resultados de estas pruebas
  - **Visitas al hogar** – Usted recibirá una visita a domicilio del maestro de su hijo y de su trabajadora de familias. Los maestros de Head Start hacen dos visitas a domicilio y dos conferencias para padres por año escolar. EHS llevará a cabo una visita domiciliar o una visita al centro una vez al mes.
  - **Voluntario** - Se le pedirá que participe como voluntario en el salón de clase y en el hogar haciendo proyectos con su hijo que beneficien la educación de su hijo y que respalden el programa en general. Se les pide a los padres que sean voluntarios 9 horas por mes.
  
- **¿Qué significa un “programa familiar”?**
  - **Ayudante de Familias-** Cada programa de Head Start tiene una Trabajadora de Familia cuya principal responsabilidad es apoyar a la unidad familiar. La trabajadora de la familia se reunirá con usted regularmente para ayudarle a identificar los objetivos familiares y crear los pasos necesarios para alcanzar estos objetivos, encontrar recursos y apoyo comunitario, y promover una guía positiva y la participación familiar a través del aprendizaje en el hogar.
  - **Juntas de padres** – Los padres son los primeros maestros y defensores de sus hijos y juegan un papel importante en la planificación de actividades y la orientación de nuestro programa. Se alienta a los padres a asistir y participar en reuniones y actividades de participación que se llevan a cabo mensualmente en el centro. Servir en el Concilio de Pólizas es otra forma en que nuestros padres se involucran.

**Si usted tiene cualquier pregunta favor de comunicarse a la oficina al 512-763-1400.**



**Aplicación 2020**  
**Favor de Completar una Aplicacion por Niño**

Nombre del Niño	Segundo Nombre	Apellidos	
Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado
<input type="checkbox"/> Su dirección física es la misma en donde recibe su correo			
Dirección Donde Recibe Correo (Incluya dirección, ciudad, código postal)			
Teléfono #1	Teléfono #2	Correo Electrónico del Padre/Madre	

**DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN:** (La falta de cualquier documento puede causar retraso con el proceso de su aplicación o que se le nieguen los servicios)

- \_\_\_ Completar la Aplicación
- \_\_\_ Copia del Acta de Nacimiento, Cartilla de Vacunación, Examen Físico del Niño.
- \_\_\_ Prueba de Residencia (una factura de luz, gas o teléfono que muestre su dirección residencial)
- \_\_\_ Prueba de ingresos totales de la casa de los últimos **12 meses**  
(Formas de los Impuestos, o formas W2's de cada trabajo durante el último año, o 2 talones de cheques actuales o una carta verificada de su empleador)
- \_\_\_ Si usted recibe algunos de los siguientes ingresos, también necesitamos verificación:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carta del Seguro Social SSI</li> <li>✓ Ingresos del Seguro Social</li> <li>✓ Carta de Beneficios de Veteranos</li> <li>✓ Desempleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manutención de los Niños (Child Support)</li> <li>✓ Compensación a Trabajadores</li> <li>✓ Asistencia Económica -TANF</li> <li>✓ Becas Escolares (Grants or Scholarships)</li> </ul>
--	---
- \_\_\_ Completar una Declaración de No Ingresos si es que alguno de los padres **no ha trabajado por algún tiempo durante los últimos 12 meses** (incluido en la aplicación)
- \_\_\_ Completar el Cuestionario de Residencia del Niño (incluido en la aplicación)
- \_\_\_ Algún otro documento que verifique que usted no tiene una vivienda estable (carta de un shelter, recibos de hotel)
- \_\_\_ Comprobante de embarazo (**Solo si usted está aplicando para el programa prenatal**)

**El programa de Head Start** es fundado por el gobierno federal para familias de bajos ingresos. Nuestro programa selecciona a las familias basándose en una prioridad de selección de acuerdo a las necesidades y no según el orden de llegada. Al recibir la información requerida su niño será puesto en la lista de espera. Esto puede tomar hasta 30 días. Usted será notificado si su niño ha sido seleccionado. Si usted está aplicando para el programa prenatal y no fue seleccionada, usted tendrá que llenar otra aplicación una vez que nazca su hijo. Si usted cambia de dirección o de número de teléfono mientras este en la lista de espera, favor de llamarnos para darnos la información correcta. **Todas las aplicaciones se vencen y deberán ser actualizadas anualmente.**

**Área de Servicios: Condados de Williamson y de Burnet**

Centros localizados en: Bartlett, Burnet, Florence, Georgetown, Highland Lakes, Hutto, Leander, Marble Falls, Taylor, and Round Rock

604 High Tech Drive, Georgetown, TX 78626 ☐ (512) 763-1400 ☐ (512)763-1411 (Fax)

[www.opportunitiesforwbc.org](http://www.opportunitiesforwbc.org)

## Opportunities for Williamson and Burnet Counties- Aplicación

### INFORMACIÓN DE LO MIEMBROS DE LA CASA

Favor de marcar a todas las personas que viven en casa incluyendo al solicitante, aplicaciones incompletas no pueden ser procesadas.

Nombres de la Personas Viven en Casa Jefe de Familia (JDF) ✓	Sexo M / H	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante	Habilidad del Ingles Circule Uno	Bilingüe Si o No	Otro Idioma Bilingüe Si o No	Raza Circule Uno	Hispano Si o No	VET Si o No	Nivel de Educación Circule Uno	Estado de Empleo Circule Uno	Seguro Medico Si o No	TC: Tiempo Completo	
													MT: Medio Tiempo	Discapaci- tado Si o No
1			Head Start	Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 <sup>th</sup> 9-12 <sup>th</sup> HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura +	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado			
2				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 <sup>th</sup> 9-12 <sup>th</sup> HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado			
3				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 <sup>th</sup> 9-12 <sup>th</sup> HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado			
4				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 <sup>th</sup> 9-12 <sup>th</sup> HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado			
5				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 <sup>th</sup> 9-12 <sup>th</sup> HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado			



<b>CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR</b>			
Favor de marcar con una (✓) todos los que apliquen a usted o su familia			
Tipo de Hogar		Otras Características	
<b>Su casa es:</b> <input type="checkbox"/> Casa privada <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro		<b>Idioma principal en el hogar</b> _____	
<input type="checkbox"/> Madre Soltera		<input type="checkbox"/> Recibe estampillas para comida	<input type="checkbox"/> Referido por otra agencia
<input type="checkbox"/> Padre Soltero		<input type="checkbox"/> Recibe WIC	<input type="checkbox"/> Recibe Consultas/Terapia/Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Ambos Padres		<input type="checkbox"/> Agricultor/Trabajador migrante	<input type="checkbox"/> Víctima De Violencia
<input type="checkbox"/> Padre Temporal (Foster)		<input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo	<input type="checkbox"/> Embarazada – Fecha _____
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Padre militar fuera del país	<input type="checkbox"/> Adolescente Embarazada
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Encarcelado	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
		<input type="checkbox"/> Trabaja en OWBC	<input type="checkbox"/> Padre Adolescente en la Escuela HS

<b>INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS DEL HOGAR</b>		
Marque los ingresos brutos (antes de los impuestos) de los padres/guardianes de los últimos 12 meses		
Nombres de Padres/Guardianes	Fuente de los Ingresos (Ex: No Ingresos, TANF, SSI, Seguro Social, Pensión, Manutención de los Hijos, Compensación de Trabajadores, Asistencia a Veteranos, Empleo)	Ingresos MENSUAL
1		
2		
3		
4		

<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>			
Necesitamos por lo menos 1 contacto de emergencia			
<b>Contacto #1</b>	<b>Nombre</b>		<b>Relación</b>
	<b>Teléfono #1 (Requerido)</b>	<b>Teléfono #2</b>	<b>Correo Electrónico</b>
	<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
			<b>Código postal</b>
<b>Contacto #2</b>	<b>Nombre</b>		<b>Relación</b>
	<b>Teléfono #1 (Requerido)</b>	<b>Teléfono #2</b>	<b>Teléfono #1 (Requerido)</b>
	<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Dirección</b>
			<b>Ciudad</b>

<b>ELIGIBILIDAD PARA HEAD START</b>					
Favor de marcar con una (✓) si aplica a usted					
<input type="checkbox"/> Anteriormente en Head Start	<input type="checkbox"/> Hermano en el programa	<input type="checkbox"/> Padre/madre Incapacitado(a)	<b>Recibe servicios de:</b> <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> ECI <input type="checkbox"/> Agencia Privada	<input type="checkbox"/> Discapacidad Sospecha de discapacidad	<input type="checkbox"/> IEP o IFSP Distrito Escolar

**AUTORIZACION**

1. La información es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia.
2. Los ingresos de mi familia han sido anualizados en el momento de la solicitud, según el procedimiento preestablecido de la agencia.
3. Soy un solicitante de Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. Por la presente doy mi permiso para publicar y verificar toda la información solicitada y entiendo que esta información es estricta confidencial para ser utilizado con fines de programa solamente. Entiendo que una fotocopia de este comunicado es tan válida como el original y puede utilizarse para obtener información sobre el empleo o para verificar otros datos.
4. Estoy consciente de que estoy sujeto a enjuiciamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta. También entiendo que el dar falsas declaraciones o fraude es castigado con multa o prisión.

\_\_\_\_\_  
Firma of Padre/Guardián\_\_\_\_\_  
Fecha**INFORMACION IMPORTANTE**

El programa de Head Start ayuda a los niños de familias de bajos ingresos a prepararse para tener éxito en la escuela enfocándose en el aprendizaje temprano; servicios de salud y de nutrición; servicios comprensivos en general de la familia. Un aspecto importante de nuestro programa es ayudar a los padres a involucrarse más en la educación y en el desarrollo de sus hijos. Si su hijo(a) es seleccionado para participar en el programa de Head Start, existen algunas cosas que se esperan de usted como padre participante durante esta oportunidad de participar con el programa de Head Start:

- Asistir a las juntas de padres y actividades para padres en el centro de su hijo(a)
- Proveer 9 horas de tiempo de voluntario al mes en el centro de su hijo(a)
- Completar actividades educativas en casa conjuntamente con su hijo
- Juntarse con su Trabajadora de familias para hacer metas familiares
- Servir en los Comités de Padres y/o del Concilio de Pólizas para aprender más sobre como involucrarse en la escuela y la comunidad.

\_\_\_\_\_  
Firma of Padre/Guardián\_\_\_\_\_  
Fecha



### Declaración de Verificación de No-Ingresos

Llenar esta declaración si cualquiera de los padres no tiene ingresos o no ha tenido trabajo en cualquier momento durante los **últimos 12 meses**.

\_\_\_\_\_

Nombre del NiñoCentro de Head Start

Yo certifico que las siguientes personas no han tenido ingresos durante las siguientes fechas.

Nombre del Padre/Guardián Que NO tiene Ingresos	Razones de No Ingresos	Fechas de NO Ingresos Durante los últimos 12 Meses
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo doy mi permiso para que el personal de Opportunities for Williamson & Burnet Counties, Inc. contacte a una tercera persona para que verifique que la información en esta forma es correcta:

Nombre de la  
Persona: \_\_\_\_\_

Numero de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Titulo/Afiliación: \_\_\_\_\_

Relación con la  
Persona: \_\_\_\_\_

*Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada, y puedo estar sujeto a una acción legal. También entiendo que la información contenida en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y puedo yo tener acceso a la información durante las horas normales del negocio.*

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/GuardiánFecha

<b>[ OFFICE USE ONLY ]</b>		
Status	Signature	Date



### Cuestionario de Residencia del Niño

La información en esta forma es necesaria para cumplir con la ley conocida como la McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a (2), que también es conocida como Title X, Part C, de la ley No Child Left Behind. Las respuestas que de ayudaran a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir:

**¿Con quién vive el niño?:**

- Tutores legales/Padres
- Cuidador que no es el tutor legal (Por ejemplo: amigos, parientes, padres de amigos, etc.)
- Esperando colocación en Crianza Temporal (Foster Care)
- Otro \_\_\_\_\_

Tiempo Viviendo en la Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Tiempo Viviendo en la Dirección Anterior: \_\_\_\_\_

**¿Dónde vive el niño?: (Marque solo una casilla que describa el lugar donde el niño está viviendo)**

- En mi casa o apartamento
  - Mi casa no tiene electricidad
  - Mi casa no tiene servicio de agua
- En vivienda de la Sección 8, o en vivienda militar
- En la casa de un amigo o pariente porque yo he perdido mi vivienda (por incendio, falta de trabajo, etc.)
- En un centro de acogida (shelter) porque no tengo una vivienda permanente
- En una vivienda de transición
- En un hotel o motel
- En una tienda de campaña, coche, furgoneta, edificio abandonado, en la calle, en un campamento, en el parque o cualquier otra ubicación al aire libre
- Ninguno de los anteriores, *favor de describir* \_\_\_\_\_

**Yo doy permiso al personal de Opportunities for Williamson & Burnet Counties, Inc. para contactar a una tercera persona para que verifique que Yo soy una persona sin hogar en este momento.**

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Titulo/Afiliación: \_\_\_\_\_  
 Relación con la Persona: \_\_\_\_\_

*Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada, y puedo estar sujeto a una acción legal. También entiendo que la información contenida en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y puedo yo tener acceso a la información durante las horas normales del negocio.*

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Niño

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha