



Aplicación de Head Start 2025

Favor de Completar una Aplicación 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:

- | | |
|------------------------------------|--|
| ✓ Carta del Seguro Social SSI | ✓ Manutención de los Niños (Child Support) |
| ✓ Ingresos del Seguro Social | ✓ Compensación a Trabajadores |
| ✓ Carta de Beneficios de Veteranos | ✓ Asistencia Económica -TANF o SNAP |
| ✓ Desempleo | ✓ Becas Escolares (Grants or Scholarships) |

___ 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, Hutto, Leander,
Marble Falls, Taylor, and Round Rock

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

www.owbc-tx.org

Opportunities for Williamson and Burnet Counties-Aplicación

INFORMACIÓN DE LO MIEMBROS DE LA CASA											TC: Tiempo Completo		
Favor de marcar a todas las personas que viven en casa incluyendo al solicitante, aplicaciones incompletas no pueden ser procesadas.											MT: Medio Tiempo		
Nombres de la Personas Viven en Casa Jefe de Familia (JDF) <input checked="" type="checkbox"/>	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 Nombre	Discapaci- tado Si o No
1			Head Start	Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th 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 th 9-12 th 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 th 9-12 th 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 th 9-12 th 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 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado		

6				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	TC MT Entrenamiento Escuela Temporal Desempleado Retirado		
7				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+		
8				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+		
9				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+		
10				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+		
11				Nada Poco Moderado Proficiente			Asiático Indio Am. Negro/AA Hawaiano Blanco Multi-Razas			0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+	0-8 th 9-12 th HS Grad/GED Colegio 2 años de Colegio Licenciatura+		
NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR:													

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

Favor de marcar con una (✓) todas las que apliquen a usted o su familia

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

INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS DEL HOGAR

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		

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Necesitamos por lo menos 1 contacto de emergencia

Contacto #1	Nombre		Relación	
	Teléfono #1 (Requerido)	Teléfono #2	Correo Electrónico	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Contacto #2	Nombre		Relación	
	Teléfono #1 (Requerido)	Teléfono #2	Teléfono #1 (Requerido)	
	Dirección	Ciudad	Dirección	Ciudad

ELIGIBILIDAD PARA HEAD START

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)	Recibe servicios de: <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 Niño _____ Centro 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 mí 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/Guardián _____ Fecha

[OFFICE USE ONLY]

_____ 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