



HEAD START INFORMATION

Early Enrollment for 2018 - 2019 school year

The following documents are accepted as Proof of Income:

- 2017 1040 Income Tax Return
- W-2 (s) for 2017
- 4-6 most current consecutive stubs
- TANF (Not food stamps - SNAPs)
- Self - employment
- Child Support
 - Court ordered - or other arrangements made
 - Divorce Decree **WILL NOT** be accepted as proof of child support
- SSI (disability)
- Homeless families are welcome to apply
- Foster families
- If the above information is not your situation and you feel you qualify please contact the Head Start office. We may have the form needed for proof of income.

HEAD START LOCATIONS AND CONTACT INFORMATION:

Martin Elementary
11601 W US HWY 175
Crandall, TX 75114
Rhonelta Yarborough
972-427-6020 Ext. 5118

Dietz Elementary
2080 Sunnybrook Dr.
Heartland, TX 75126
Rachel Prince
972-427-6050 Ext. 5737

For additional information please contact
Rhonelta Yarborough
(Head Start Office) at (972) 427-6020 Ext. 5118
Rachel Prince
Dietz (Head Start Office at (972) 427-6050 Ext. 5737

It is the policy of Region 10 Education Service Center not to discriminate on the basis of race, color, national origin, sex or handicap in its vocational programs, services or activities as required by Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended; Title IX of the Education Amendments of 1972; and Section 503 and 504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. Region 10 Education Service Center will take steps to ensure that lack of English language skills will not be a barrier to admission and participation in all educational programs and services.



Region 10 ESC

Head Start/Early Head Start Application Update (Returning Students)

Child's Name: _____
First Name/Last Name

Date of Birth: _____
Month/Day/Year

FAMILY PROFILE: (circle one) Mother/Grandmother/Other Relative/Guardian		FAMILY PROFILE: (circle one) Father/Grandfather/Other Relative/Guardian	
Name: _____ First Name Last Name		Name: _____ First Name Last Name	
Address: _____ Street (Apartment Number if applicable) _____ City/State/Zip Code		Address: _____ Street (Apartment Number if applicable) _____ City/State/Zip Code	
Telephone: _____ Home Cell		Telephone: _____ Home Cell	
E-mail: _____		E-mail: _____	
EMPLOYMENT STATUS: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Stay at home parent <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Disabled	MILITARY STATUS: <input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> Veteran	EMPLOYMENT STATUS: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Stay at home parent <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Disabled	MILITARY STATUS: <input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> Veteran
FAMILY TYPE: (mark all that apply) <input type="checkbox"/> One-parent family <input type="checkbox"/> Two-parent family <input type="checkbox"/> Grandparents raising grandchildren <input type="checkbox"/> Relative other than grandparents <input type="checkbox"/> Foster family <input type="checkbox"/> Non-Relative <input type="checkbox"/> Person with legal custody: _____		FAMILY TYPE: (mark all that apply) <input type="checkbox"/> One-parent family <input type="checkbox"/> Two-parent family <input type="checkbox"/> Grandparents raising grandchildren <input type="checkbox"/> Relative other than grandparents <input type="checkbox"/> Foster family <input type="checkbox"/> Non-Relative <input type="checkbox"/> Person with legal custody: _____	
CURRENTLY IN SCHOOL: <input type="checkbox"/> High School or GED Classes <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Vocational School		CURRENTLY IN SCHOOL: <input type="checkbox"/> High School or GED Classes <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Vocational School	

I plan for my child to continue enrollment in the Head Start/Early Head Start program for the 2018-2019 school year.

Printed Name

Parent/Guardian Signature

Date

It is the policy of Region 10 Education Service Center not to discriminate on the basis of race, color, national origin, sex or handicap in its vocational programs, services or activities as required by Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended; Title IX of the Education Amendments of 1972; and Section 503 and 504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. Region 10 Education Service Center will take steps to ensure that lack of English language skills will not be a barrier to admission and participation in all educational programs and services.



Region10 ESC

Aplicación para Head Start/Early Head Start

Nombre del Niño(a): _____
(Nombre de la madre si es que está embarazada)

Por favor complete con tinta azul o negra

DATOS DEMOGRÁFICOS BÁSICOS: (Favor de no llenar si usted es una madre embarazada aplicando para Early Head Start.)

Nombre del Niño(a): _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
Calle, Número de Departamento (Si aplica) Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfono de casa # (_____) Celular # (_____) Otro # (_____) Correo electrónico: _____

Identidad Étnica (marque solamente uno):

Origen Hispánico/Latino Origen No-Hispánico/No Latino

Raza (marque todo lo que aplica)

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai /Islas del Pacífico
 Blanco Hispánico/Latino Bi-racial / Multi-racial Otro _____

Idioma(s) Principal que se habla en casa: _____

¿Ha estado su niño(a) previamente inscrito en: Early Head Start? Sí No Head Start? Sí No

¿Tiene un niño(a) actualmente inscrito en: Early Head Start? Sí No Head Start? Sí No

NECESIDADES ESPECIALES:

¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad? Sí No – Si es sí, ¿tiene su niño(a) un Plan de Educación Individual (IEP)? Sí No

¿Está su niño(a) en Early Childhood Intervention (ECI)? Sí No

Si es Sí, ¿tiene su niño un (Plan de Servicio Individual de Familia) Individual Family Service Plan (IFSP)? Sí No

Copias provistas de IEP o IFSP. ¿Qué tipo de discapacidad tiene su niño(a)? _____

¿Tiene alguna preocupación acerca del aprendizaje y desarrollo de su hijo? Sí No

Describa sus preocupaciones: _____

Preocupaciones manifestadas también por: Profesional de la Salud Médico Familiar Miembro de la Familia
 Personal del Programa Agencia de Servicio Social Otro: _____

ESTA ES SECCIÓN PARA LLENAR SÓLO POR LOS APLICANTES PARA EARLY HEAD START:

Si usted no está aplicando para Early Head Start, continúe con la Sección de Datos de la Familia

¿La aplicante está actualmente inscrita en la escuela? Sí No

Si es Sí, diga cuál es el grado en la escuela: _____ Nombre de la Escuela: _____

¿Está la aplicante actualmente embarazada?: Sí No Fecha de Alumbramiento ____/____/____

¿Es la aplicante una madre adolescente? Sí No ¿Está la aplicante inscrita actualmente en un programa escolar? Sí No

¿Ha abandonado la escuela la madre adolescente? Sí No N/A - Razón: _____

DATOS DE LA FAMILIA:

Madre / Abuela / Otro Pariente / Guardián

Nombre de pila _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Raza/Origen Étnico (marque solamente uno)

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro / Africano Americano
- Nativo de Hawai/ Islas del Pacífico
- Blanco
- Hispano/Latino
- Bi-Racial / Multi-racial
- Otro especificar: _____

La misma dirección que el niño(a): Sí No

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Calle (sólo si es diferente de la del niño(a))

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono en la casa Teléfono Celular

Lugar de Empleo: _____

Fecha de Inicio: ___/___/___ Teléfono del Trabajo #: _____

¿Podemos contactarla en el trabajo? Sí No

¿Mantiene financieramente al niño(a) la madre/tutor? Sí No

¿Vive la madre en la casa? Sí No

SITUACIÓN DE EMPLEO:

- Empleada
- Retirada
- Madre que se queda en casa
- Desempleada
- Incapacitada

SITUACIÓN MILITAR:

- Activa en Servicio Militar
- Veterano

EDUCACIÓN: (marque el más alto grado obtenido)

- Inferior o igual que el 4º grado
- 5º – 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado (no diploma)
- Graduado de la Escuela Secundaria/GED
- Algunas clases de Universidad o Sin Graduarse (marque uno)
- Bachillerato o con un grado avanzado

ACTUALMENTE EN LA ESCUELA:

- Estudiando para obtener un Diploma de Escuela Secundaria GED
- Escuela Vocacional
- Universidad

Comentarios: _____

DATOS DE LA FAMILIA:

Padre / Abuelo / Otro Pariente / Guardián

Nombre de pila _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Raza/Origen Étnico (marque solamente uno)

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro / Africano Americano
- Nativo de Hawai/ Islas del Pacífico
- Blanco
- Hispano/Latino
- Bi-Racial / Multi-racial
- Otro especificar: _____

La misma dirección que el niño(a): Sí No

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Calle (sólo si es diferente de la del niño(a))

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono en la casa Teléfono Celular

Lugar de Empleo: _____

Fecha de Inicio: ___/___/___ Teléfono del Trabajo #: _____

¿Podemos contactarla en el trabajo? Sí No

¿Mantiene financieramente al niño(a) la madre/tutor? Sí No

¿Vive la madre en la casa? Sí No

SITUACIÓN DE EMPLEO:

- Empleada
- Retirada
- Madre que se queda en casa
- Desempleada
- Incapacitada

SITUACIÓN MILITAR:

- Activa en Servicio Militar
- Veterano

EDUCACIÓN: (marque el más alto grado obtenido)

- Inferior o igual que el 4º grado
- 5º – 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado (no diploma)
- Graduado de la Escuela Secundaria/GED
- Algunas clases de Universidad o Sin Graduarse (marque uno)
- Bachillerato o con un grado avanzado

ACTUALMENTE EN LA ESCUELA:

- Estudiando para obtener un Diploma de Escuela Secundaria GED
- Escuela Vocacional
- Universidad

Comentarios: _____

OTRA INFORMACIÓN PARA CALIFICAR:

Para poder determinar si el ingreso de su familia está en el Nivel o por debajo de las Normas Federales del Pobreza, (Federal Poverty Guidelines) debemos saber cuántas personas están viviendo en su casa, así como también su ingreso familiar. Para nuestro objetivo una familia es "... Todas las personas viviendo en la misma casa quienes están: 1) respaldados por el ingreso de los padres o tutores del niño(a) inscrito en el programa y (2) relacionados a los padres o tutor/es, por lazos de sangre, matrimonio o adopción." (Performance Standard 45 CFR 1305.2)

Por favor haga una lista de **todas las personas en la familia**, quienes están respaldados por el ingreso de los **padres**.
(Si usted necesita más espacio, escriba en el reverso de esta página o use otro papel.)

Nombre	Relación con el Solicitante/Niño(a)	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	____/____/____
2. _____	_____	____/____/____
3. _____	_____	____/____/____
4. _____	_____	____/____/____
5. _____	_____	____/____/____
6. _____	_____	____/____/____
7. _____	_____	____/____/____
8. _____	_____	____/____/____

Número total de personas en su casa respaldadas por su ingreso: _____

TIPO DE FAMILIA: (marque todos los que corresponden)

- Familia monoparental
- Familia biparental
- Familia Temporal/Adoptiva (foster)
- No relativo
- Abuelos criando nietos
- Persona con la custodia legal: _____
- Pariente distinto de los abuelos

ESTADO CIVIL:

- Casado(s)
- Viuda o Viuda
- Divorciado(s)
- Soltero(a)
- Separado(s) (Fecha: _____)

INGRESO FAMILIAR:

El ingreso debe incluir la renta bruta total de todos los miembros de la familia que figura en la lista, tanto de los pasados doce meses o del año de calendario anterior. Si ninguno de los últimos 12 meses ni del año anterior reflejan su situación financiera actual, por favor esté preparado(a) para compartir información relacionada con esto.

¿Está usted o alguien en su familia recibiendo actualmente alguno de los siguientes ingresos? Si responde si, por favor proporcione Documentación.

- Sí No TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Sí No SSI (Ingreso Social Suplementario)
- Sí No Beneficios de Seguro Social (no SSI)
- Sí No Manutención para niños
- Sí No Beneficios por Desempleo
- Sí No Bolsa de Estudio "Pell Grants" o beca
- Sí No Subsidio como Familia de Acogida

Otro arreglo, por favor indicar: _____

OTRA AYUDA: (marque todo lo que corresponda)

¿Usted está actualmente recibiendo ayuda de cualquier otra agencia? (Por favor marque todos los que correspondan)

- Sí No Ayuda para Energía Eléctrica
- Sí No Vivienda Subvencionada (Sección 8)
- Sí No SNAP (antiguo Cupones para Alimentos)
- Sí No Medicaid/CHIP
- Sí No WIC
- Sí No Otro: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Qué tipo de transportación tiene usted?

- Vehículo privado (auto, camioneta, furgoneta) Transporte Público (ómnibus, taxi) Vehículo de un amigo o familiar

¿Tiene usted una residencia permanente para pasar la noche? Sí No

¿Es su dirección actual un arreglo **TEMPORAL** para vivir? Sí No

Si es **SÍ**, marque uno de los siguientes arreglos:

- Hotel / Motel Refugio Más de una familia en casa o apartamento Cambiando de un lugar a otro
 En un lugar no designado como acomodación ordinaria para dormir, tal como un automóvil, parque o campamento
 Otro (*especifique*): _____ Duración del tiempo en una vivienda temporaria: _____

Su arreglo de vivienda **TEMPORAL** ¿Es debido a la pérdida de su casa, por problemas económicos, o por una situación familiar durante el año pasado?

- Sí No

Por favor indique si usted es un(a) joven solo(a) (*no bajo la custodia física de su padre o tutor*): Sí No

¿Cuántas veces se ha mudado su familia en los últimos 12 meses? Ninguna una dos tres cuatro o más

¿Estas mudanzas fueron para buscar un **TRABAJO DE ESTACION TEMPORAL**? Sí No

- Si es **SÍ**, marque todos los que apliquen: procesamiento de alimentos pesca forestal cosecha
 Agricultura (recoger –escardar –clasificar – empaquetar vegetales/ frutas)
 Otro (*especificar*) _____

¿Tiene usted un certificado de migrante? Sí No

Esta información nos ayudará a determinar si su niño(a) califica para Head Start/Early Head Start.

Yo reconozco que la información proporcionada, en mi mejor entendimiento, es exacta. También entiendo que mi niño(a) puede ser retirado del programa si la información fue deliberadamente falsificada. Además estoy de acuerdo en notificar a Head Start /Early Head Start de cualquier cambio en mi dirección o teléfono.

Nombre en letra de Imprenta: _____

Firma del Padre (Madre)/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor nombre a dos (2) personas para contactar en el caso de no poder encontrarle a usted:

Nombre	Parentesco	Idioma principal	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Es norma de Región 10 Education Service Center no discriminar de sus programas vocacionales, servicios o actividades por razones de raza, color, nacionalidad, sexo o discapacidad, actividades tal como se requiere y está modificado en el Título VI del Acta de los Derechos Civiles de 1964; Título de Correcciones de la Educación de 1972; y corregidas en las Secciones 503 y 504 del Acta de Rehabilitación de 1973. Región 10 Education Service Center tomará las medidas necesarias para asegurar que la falta del idioma inglés no sea un impedimento para la admisión y participación en todos los servicios y programas de educación.