



Dear Parent/ Guardian,

Thank you for considering the Early Head Start – Home Base program, operated by Child Start Inc. We provide in-home early support services to pregnant women and parents with infants and toddlers up to three years of age. Families who are referred from Black Infant Health, Healthy Moms and Babies, Prenatal Care & Guidance, Comprehensive Prenatal Services and Adolescent Family Life, receive priority to enroll in the Early Head Start Program.

Early Head Start is offered at **no cost** to income-eligible families with children birth to three years old. If your child meets the income and age requirements for our program, you may be contacted by a Child Start Inc. staff person for additional follow up. We also give special consideration to children with disabilities with a current IFSP.

CSI is committed to providing quality family and child development services to families throughout Napa and Solano Counties. Our Home Based program offers:

- Highly qualified, trained staff
- Individualized teaching
- Parent involvement opportunities
- Supportive weekly home visits, in your home or designated site, to help you meet your goals for a healthy pregnancy, a nurturing parent-child relationship and the healthy development of your infant/toddler.
- Health and developmental screenings
- Fun Play Group experiences for infants/toddlers and their parents.

The Play Group experience provides an opportunity for parents and children to participate in a group experience in which families can learn and play together. Parents have a chance to meet and connect with other parents with children a similar age. The Play Groups are provided in a child friendly play space and held at a time that is convenient for most of the families enrolled.

We encourage and promote healthy practices that may prevent illness and injuries for children and families. Child Start Inc. encourages and supports families to be up-to-date on required child care immunizations and to maintain a regular schedule of well child examinations. **A copy of a current well child examination and up-to-date immunization record will be required. A TB screening or risk assessment is required within 30 days of enrollment.**

If your child has not had a physical examination in the last 12 months, please call your health care provider today and make an appointment.

The well child examination must contain current results on the following:

- Hematocrit or Hemoglobin (Starting at 7 – 9 months)
- Lead
- Hearing Exam (or Ears, Nose Throat screening)
- Vision Exam (or Eyes screening)
- Height, weight and Head Circumference
- Oral/Dental screening
- **If your child has had a TB skin test or a “NO RISK FACTOR” statement completed, please obtain a copy of the results.**

If your child does not have health insurance, your child may qualify for a FREE well child exam from CHDP (Child Health and Disabilities Prevention Program).

In Napa County, call (707) 253-4316

In Solano County, call (707) 784-8670

If you have any questions, please call (707) 252-8931 ext. 2013 for more information or call toll free 1-866-573-4274.

When you have completed the application, you may return it to the address below or fax.

Child Start Inc.
439 Devlin Rd.
Napa, Ca 94558
Fax (707) 603-2056

Thank you again for your interest in our program.

ER01 4-01-09



Estimados padres,

Gracias por considerar el programa de Early Head Start, operado por Child Start Inc., para su niño. Proporcionamos servicios de ayuda en el hogar a las mujeres embarazadas y a los padres de infantes y niños hasta tres años de edad. Las familias que se refieren de Black Infant Health, Healthy Moms and Babies, Prenatal Care & Guidance, Comprehensive Prenatal Services and Adolescent Family Life, reciben prioridad para alistarse en el programa.

Early Head Start se ofrece **sin costo** a las familias elegibles con niños recién nacidos hasta los tres años de edad. Si su niño puede satisfacer los requisitos de ingresos y de edad para nuestro programa, usted puede ser contactado por una persona del personal si se ocupa más información. También damos la consideración especial a los niños con incapacidades o con un IFSP actual.

CSI está comprometido a proporcionar servicios del desarrollo de la familia y del niño de calidad a las familias a través de los condados de Napa y de Solano. Nuestro programa basada en el hogar ofrece:

- Personal calificado y entrenado
- Enseñanza individualizada
- Oportunidades para el involucramiento de los padres
- Visitas semanales de apoyo en su hogar o sitio designado para ayudarle a satisfacer sus metas para un embarazo sano, a una relación formativa de padre-niño y el desarrollo sano de su infante/niño.
- Análisis de salud y desarrollo
- Experiencias en un grupo de juego para infantes/niños y los padres.

La experiencia del Grupo de Juego proporciona una oportunidad para los padres y los niños de participar en una experiencia de grupo en la cual las familias puedan aprender y jugar juntas. Los padres tienen una ocasión de satisfacer y de conectar con otros padres con niños de la edad similar. Los Grupos de Juego se proporcionan en un espacio amistoso y a la hora que es conveniente para la mayoría de las familias alistadas.

Animamos y promovemos las prácticas sanas que pueden prevenir enfermedad y perjuicio para los niños y las familias. Child Start, Inc. anima y apoya a familias que sean corriente en las vacunas y de mantener un horario regular de exámenes físicos. Una copia de un examen físico y de las vacunas corrientes será requerida. Una prueba de TB con los resultados o una carta de riesgo se requieren entre 30 días de la inscripción.

(Si no ha tenido un examen en los últimos 12 meses, favor de llamar a su proveedor de cuidado de salud ahora y haga una cita para la examinación física completa de su niño.)

La examinación física **debe contener resultados actuales** en el siguiente:

- Hematocrito o Hemoglobina
- Plomo
- Examen del Oído (audiométrica)
- Examen de la visión (Snellen o similar)
- Presión arterial
- Altura y peso

Si su niño no tiene seguro de salud, puede calificar para un examen físico GRATIS por el programa de prevención de incapacidades y salud de niños) CHDP.

En Napa, llame al (707) 253-4316

En Solano, llame al 784-8670

Si su familia califica con los requisitos de ingresos y de edad para nuestro programa, usted será contactado por una persona del personal de Child Start para completar formas adicionales. La prioridad va a los niños de cuatro años de edad el año antes de que vayan al kinder. Damos consideración especial a los niños con incapacidades con un IEP actual.

Si tiene preguntas favor de llamar al (707) 252-8931 ext. 2013 para más información o llame gratis al 1-866-573-4274.

Cuando haya completado la solicitud, regrésela o envíela por fax a la dirección abajo.

Child Start Inc.
439 Devlin Rd.
Napa, Ca 94558
Fax (707) 603-2056

Gracias otra vez por su interés en nuestro programa.



PROGRAM OPTIONS EARLY HEAD START & HEAD START

Admin Office
439 Devlin Rd. Napa,
CA 94558
Phone: 866-573-4274
Fax: 707-252-2301

EARLY HEAD START PROGRAM OPTIONS

Home Base Program

This program option supports families, within the home environment, during pregnancy and after the birth of their infant to age three.

COUNTY	PARTNER AGENCY
NAPA	Healthy Moms and Babies
SOLANO	Black Infant Health

Early Head Start Therapeutic Child Care Center (TCCC) (Napa Only) (in Partnership with Health and Human Services)

Located at 2344 Old Sonoma Road, Building L on the campus of HHS

- Classes are Monday through Friday
- 7:30 – 5:30

HEAD START PROGRAM OPTIONS

Home Base Program

This program option offers learning within the home environment for 3 year olds.

Part Day Program

- Classes are Monday through Thursday
- Morning and afternoon sessions available
- 3.5 or 4 hours each day
- September to June

CITY	AM SESSION	PM SESSION	ADDRESS
NAPA			
Fuller Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1704 Laurel St.
Mayacamas	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	70 Calaveras Ct.
Menlo (3 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1551 Myrtle St.
Westwood	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2700 Kilburn Ave.
AMERICAN CANYON			
Vineyard Crossing (2 classrooms)	8:30 - 12:30 & 8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	202 Tapestry Lane #150
VALLEJO			
North Vallejo (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1638-A Fairgrounds Dr.
Virginia (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1328 Virginia St.
Washington Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	900 Ohio St.
FAIRFIELD			
Kidder (3 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1657 Kidder Ave.
Sunset Creek	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	840 E. Travis Blvd.
Tabor (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	83 Tabor Ave.\
SUISUN CITY			
Suisun	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	725 Golden Eye Way
TRAVIS AIR FORCE BASE			
Travis AFB	8:00 - 11:30	12:30 – 4:00	2 Illinois St. Suite 2
VACAVILLE			
Larsen	8:30 – 12:30	NONE	1707 California Dr. Rm. 3
Mariposa	8:30 – 12:30	NONE	1625 Alamo Dr.
Markham	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	101 Markham Ave.
Padan	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	100 Padan School Rd.
DIXON			
Silveyville	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	355 N. Almond St., Rm. 21

Full Day Program (Napa, Vacaville and Fairfield Only)

- Classes are Monday through Friday
- Open Year Round
- 7:30 – 5:30

CITY	SITE NAME	ADDRESS
NAPA	TCCC	2344 Old Sonoma Rd. Bldg L
FAIRFIELD	Woolner	1406 Woolner Ave.
VACAVILLE	Mariposa	1625 Alamo Dr.



OPCIONES DE PROGRAMAS EARLY HEAD START & HEAD START

Oficina Administrativa
439 Devlin Rd. Napa,
CA 94558
TEL: 866-573-4274
Fax: 707-252-2301

OPCIONES DEL PROGRAMA DE EARLY HEAD START

Programa de Base en el Hogar (Ciudades de Napa, Vallejo, y Fairfield Solamente)

Esta opción del programa apoya a las familias, dentro del ambiente hogareño, durante el embarazo y después del nacimiento del infante hasta los tres años.

CONDADO	AGENCIA SOCIA
NAPA	Healthy Moms and Babies
SOLANO	Black Infant Health

Centro Terapéutico de Cuidado Infantil Early Head Start (TCCC) (Napa Solamente) (en sociedad con el dept de Salud y Servicios Humanos)

Localizado en 2344 Old Sonoma Road, Building L en las instalaciones de HHS

- Clases son de Lunes a Viernes
- 7:30 – 5:30

OPCIONES DEL PROGRAMA DE HEAD START

Programa de Base en el Hogar

Esta opción ofrece aprendizaje dentro del ambiente hogareño para niños de tres años de edad.

Programa de Parte Día

- Clases son de Lunes a Viernes
- Sesiones disponibles en la mañana y en la tarde
- 3.5 or 4 horas cada día
- Septiembre a Junio

CIUDAD	SESION AM	SESION PM	DIRECCION
NAPA			
Fuller Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1704 Laurel St.
Mayacamas	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	70 Calaveras Ct.
Menlo (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1551 Myrtle St.
Westwood	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2700 Kilburn Ave.
AMERICAN CANYON			
Vineyard Crossing (2 classrooms)	8:00 - 12:30 & 8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	202 Tapestry Lane #150
VALLEJO			
North Vallejo (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1638-A Fairgrounds Dr.
Virginia (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1328 Virginia St.
Washington Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	900 Ohio St.
FAIRFIELD			
Kidder (3 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1657 Kidder Ave.
Sunset Creek	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	840 E. Travis Blvd.
Tabor (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	83 Tabor Ave.\
SUISUN CITY			
Suisun	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	725 Golden Eye Way
TRAVIS AIR FORCE BASE			
Travis AFB	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2 Illinois St. Suite 2
VACAVILLE			
Larsen	8:30 – 12:30	NONE	1707 California Dr. Rm. 3
Mariposa	8:30 – 12:30	NONE	1625 Alamo Dr.
Markham	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	101 Markham Ave.
Padan	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	100 Padan School Rd.
DIXON			
Silveyville	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	355 N. Almond St., Rm. 21

Full Day Program (Solamente Napa, Vacaville y Fairfield)

- Clases son de Lunes a Viernes
- Abierto todo el año
- 7:30 – 5:30

CIUDAD	CENTRO	DIRECCION
NAPA	TCCC	2344 Old Sonoma Rd. Bldg L
FAIRFIELD	Woolner	1406 Woolner Ave.
VACAVILLE	Mariposa	1625 Alamo Dr.



APPLICATION for Early Head Start
SOLICITUD del Programa Early Head Start
 If you need assistance completing this application
Si usted necesita ayuda en completar esta aplicación,

Please call/ *favor de llamar a* (866) 573-4274

FOR OFFICE USE ONLY	
Application Rec'd date: _____	
Time Rec'd: _____	
Data Entry Date _____	Initials _____

PLEASE PRINT CLEARLY/ FAVOR de ESCRIBIR CLARAMENTE

If you need assistance completing this application/ *Si usted necesita ayuda en completar esta aplicación,*
 please call/ *favor de llamar a* (866) 573-4274

DATE/ FECHA	TIME/HORA
HOME BASE SERVICES APPLYING FOR/SALON PARA EL CUAL ESTA APLICANDO:	
<input type="checkbox"/> Infant & Toddler Home Base Program <i>Infantes & Niños Programa de Base en El Hogar</i>	<input type="checkbox"/> Pregnant Women Home Base Program <i>Mujer Embarazada Programa de Base en el Hogar</i>

ADULTS IN THE HOME (SUPPORTED BY INCOME)/ ADULTOS EN EL HOGAR (SOSTENIDO POR INGRESOS)

LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTH DATE <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX <i>SEXO</i>	EMPLOYMENT STATUS (SEE TABLE BELOW) <i>ESTADO DE EMPLEO (VEA LA TABLA ABAJO)</i>	HOW IS THIS ADULT RELATED TO APPLICANT CHILD <i>CUAL ES EL PARENTESCO DE ESTE ADULTO CON EL NIÑO DE SOLICITUD</i>	PRIMARY LANGUAGE/ SECONDARY LANGUAGE <i>IDIOMA PRIMARIO/ IDIOMA SECUNDARIO</i>
Pregnant Woman applying for services <i>Mujer Embarazada aplicando para servicios</i>	__/__/__	F		N/A	
Primary Adult of applicant child <i>Adulto Primario del niño en matricula</i>	__/__/__	M F			
Secondary Adult/ <i>Adulto Secundario</i>	__/__/__	M F			
Other Adult/ <i>Otro Adulto</i>	__/__/__	M F			
Other Adult/ <i>Otro Adulto</i>	__/__/__	M F			

EMPLOYMENT STATUS/ ESTADO DE EMPLEO
 F = FULL TIME/ *TIEMPO COMPLETO* U = UNEMPLOYED/ *DESEMPLEADO*
 P = PART TIME/ *MEDIO TIEMPO* R = RETIRED/ DISABLED/ *RETIRADO/ INCAPACITADO* S = SEASONAL/ *DE TEMPORADA*
 T = TRAINING/ SCHOOL/ *ENTRENAMIENTO/ ESCUELA* B = TRAINING/ SCHOOL & WORKING/ *ENTRENAMIENTO/ ESCUELA Y TRABAJANDO*

Does your family have a permanent, fixed, regular, and adequate nighttime residence? **Yes/ Sí No**
 ¿Tu familia cuenta actualmente con una residencia fija y adecuada?

Address/ *Dirección* _____

Phone/ *Teléfono* _____ Message/ Cell Phone Mensaje/ *Teléfono Celular* _____

City/ *Ciudad* _____ State CA Zip Code/ *Código Postal* _____

Mailing address if different/ *Dirección del correo si es diferente* _____

Parental Status
 One/ *Uno* Two/ *Dos* Foster/ *de Crianza* Legal Guardian/ *Tutor Legal* Teen parent/ *Madre Adolescente*

Race of child (Optional)/(Raza Del Niño (Opcional):
 Black/ *Afro-Americano* White/ *Caucásico* Hispanic/ *Hispano*
 Native America/ *Nativo Americano* Asian/ *Asiático* Pacific Islander/Hawaiian/ *Isleño Pacífico/Hawaiano*
 Other (Please Specify)/ *Otro (Favor de especificar)* _____

APPLICANT CHILD/NINO SOLICITANTE

LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTHDATE/ <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX/ <i>SEXO</i>	HOW RELATED TO PRIMARY ADULT/ <i>PARENTESCO CON EL ADULTO PRIMARIO</i>	PRIMARY LANGUAGE/ <i>IDIOMA PRIMARIO</i>	CHILD'S SCHOOL/ <i>ESCUELA DEL NIÑO</i>
1.	__/__/__	M F			

EHS APPLICATION CONTINUED/ SOLICITUD DE EHS CONTINUADO

CHILDREN IN THE HOME (SUPPORTED BY INCOME)/ NIÑOS EN EL HOGAR (SOSTENIDO POR INGRESOS)					
LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTH DATE/ <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX/ <i>SEXO</i>	HOW RELATED TO PRIMARY ADULT/ <i>PARENTESCO CON EL ADULTO PRIMARIO</i>	PRIMARY LANGUAGE/ <i>IDIOMA PRIMARIA</i>	CHILD'S SCHOOL/ <i>ESCUELA DEL NIÑO</i>
2.	___/___/___	M F			
3.	___/___/___	M F			
4.	___/___/___	M F			
5.	___/___/___	M F			
6.	___/___/___	M F			

Are you or a member of your family an employee of Child Start? <i>¿Es Usted o un miembro de su familia empleado de Child Start?</i>	YES/ <i>SI</i>	NO
Name of relative/ <i>Nombre de empleado</i> _____		

Which of the following agencies/ Professionals are you currently involved with?
¿Con cuales de las agencias/ profesionales siguientes esta usted implicado actualmente?

<input type="checkbox"/> Women's Recovery Program <i>Programa de recuperacion para mujeres</i>	<input type="checkbox"/> Assigned Public Health Nurse <i>Enfermera de salud publica</i>
<input type="checkbox"/> * CalWORKS or Welfare to Work	<input type="checkbox"/> Regional Center/ <i>Centro Regional</i>
<input type="checkbox"/> * Black Infant Health	<input type="checkbox"/> * WIC
<input type="checkbox"/> School District/ <i>Distrito escolar</i>	<input type="checkbox"/> Shelter/ <i>Refugio</i>
<input type="checkbox"/> Alcohol/ Drug Treatment Program <i>Programa de tratamiento para alcohol y drogas</i>	<input type="checkbox"/> CPS/ Family Prevention/ <i>CPS/ Prevencion Familiar</i>
<input type="checkbox"/> Job Training/ <i>Entrenamiento de empleo</i>	<input type="checkbox"/> Assigned Social Worker/ <i>Trabajador Social Asignado</i>
<input type="checkbox"/> * Healthy Moms and Babies	<input type="checkbox"/> * Napa Infant Program/ Exceptional Tots/ Me Too
<input type="checkbox"/> Doctor/ Foster Agency/ <i>Agencias de cuidado/ doctores</i>	<input type="checkbox"/> County Mental Health Program <i>Programa de salud mental del programa</i>

PLEASE INITIAL EACH STATEMENT AND SIGN BELOW
FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN CADA FRASE Y FIRMAR ABAJO

_____ **I understand that this is the first step in the application process and does not guarantee my acceptance.**
Yo entiendo que esto es el primer paso en el proceso de aplicaciones y no garantiza mi aceptación.

_____ **I understand that I may be contacted by Early Head Start staff for additional follow up.**
Yo entiendo que yo será contactado por personal de Early Head Start para seguimiento adicional.

_____ **I understand that priority is given to income and age eligible families.**
Yo entiendo que se da prioridad a las familias que son elegibles por ingresos.

I certify that this information is true and that incorrect information may disqualify my family from the program.
Yo afirmo que esta información es verdad y que información incorrecta puede descalificar a mi familia de este programa.

_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE <i>FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL</i>	_____ PRINT NAME <i>ESCRIBA SU NOMBRE EN MOLDE</i>	_____ DATE <i>FECHA</i>
_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE <i>FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL</i>	_____ PRINT NAME <i>ESCRIBA SU NOMBRE EN MOLDE</i>	_____ DATE <i>FECHA</i>

WHEN COMPLETED BY PARENT OR COMMUNITY PARTNER, RETURN TO
CUANDO COMPLETADO POR LOS PADRES O UN SOCIO DE LA COMUNIDAD, REGRESALO A:

**CHILD START INC.
439 DEVLIN RD.
NAPA, CA 94558**

2009 Poverty Guidelines/ Pautas de la Pobreza

Size of Family Unit <i>Tamaño de unidad familiar</i>	Maximum Income <i>Ingreso Máximo</i>
2	\$14,000
3	\$17,600
4	\$21,200
5	\$24,800
6	\$28,400

Special consideration for children with disabilities with current IFSP. Not subject to the same income requirements.
Consideración espacial a niños con incapacidades y IFSP corriente no conforme a los mismos requisitos de ingreso.