



Applications are accepted year round

All families are encouraged to apply!

Thank you for your interest in Head Start, a federally funded program that serves eligible pregnant women and families with infants, toddlers and preschoolers through age 5.

Over 90% of the families enrolled qualify because their household income falls below the Federal Poverty Guidelines. Link to poverty guide lines: aspe.hhs.gov/poverty-guidelines. Families that are homeless; foster children and parents that receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Supplemental Security Insurance (SSI) are given the highest priority for enrollment.

Other considerations are given to over-income families depending on their individual circumstances, including children with disabilities that have a current Individualized Family Services Plan (IFSP) or Individualized Education Plan (IEP).

To expedite the process, please send in the following with your application:

- Proof of income** (copy of your current 1040 tax return). **NOTE: If it is a 2 parent/guardian household, we will need income from both parents/guardians**
OR
- Supplemental Security Income Statement**
- Foster Care Statement**
- TANF/CalWorks Notice**

For more information please visit our website at
www.childstartinc.org



CHILD AND FAMILY SERVICES

Aceptamos Aplicaciones Todo el Año

¡Los servicios se proporcionan sin costo y se anima a todas las familias a aplicar!

Gracias por su interés en Head Start un programa financiado por el gobierno federal que atiende a mujeres embarazadas y familias elegibles con bebés, niños pequeños y preescolares hasta los 5 años.

Más de 90% de las familias inscritas califican debido a que sus ingresos están bajo de las pautas federales de pobreza. Enlace a las pautas de pobreza: aspe.hhs.gov/poverty-guidelines. Las familias sin hogar, niños adoptivos y los padres que reciben Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Seguro Suplementario de Seguridad (SSI) reciben alta prioridad de inscripción.

Otras consideraciones se dan a familias de sobre ingresos dependiendo de sus circunstancias individuales, incluyendo los niños con discapacidades que tienen un plan actualizado de Educación Individualizado (IEP) ó de Servicios Familiares Individualizado (IFSP)

Para acelerar el proceso, de su aplicacion,
favor de enviar los siguientes documentos
adjuntos:

- Prueba de Ingresos** (copia corriente de la declaración de impuestos 1040).

**Nota: Si es un hogar de 2 padres o guardianes,
necesitaremos ingresos de los dos padres/
guardianes**

O

- Declaración de Ingresos de Seguro Suplementario**
- Comprobante del estado de que el niño/a fue colocado en su hogar**
- Comprobante de TANF/Cal Works**

Para más información por favor visite nuestro sitio web en

www.childstartinc.org



PROGRAM OPTIONS /
OPCIONES DE PROGRAMAS
EARLY HEAD START & HEAD START

Admin Office
439 Devlin Rd.
Napa, CA 94558
Phone: 866-573-4274
Fax: 707-265-1257

PLEASE PLACE A CHECK MARK NEXT TO PROGRAM OF INTREST AND NUMBER TOP 3 SITES /
POR FAVOR MARQUE EL PROGRAMA DE INTERES Y NUMERE SUS 3 OPCIONES DE SITIOS

Child Name/Nombre del niño/a: _____ Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Parent Name/Nombre del padre: _____ Phone Number/Número Telefonico #1: _____

Address/Dirección: _____ Phone Number/Número Telefonico #2: _____

Home Base Program / Programa de Visitante al Hogar

This program option supports families, within the home environment, during pregnancy and after the birth of their infant to age three. / Esta opción apoya á las familias, dentro del ambiente hogareño, durante el embarazo y después del nacimiento del infante hasta los tres años.

Part Day Program / Programa de Parte Día

Children 3-5 years old who are not eligible for Kindergarten / Niños 3-5 años de edad que no son elegibles para el kinder.

- Classes Monday through Thursday / Clases son de Lunes a Jueves
- Morning and Afternoon Sessions / Sesiones disponibles en la mañana y en la tarde
- 3.5 hours per day / 3.5 horas cada día
- September to May / Septiembre a Mayo

#	SITE NAME/CENTRO	AM SESSION/SESIÓN	PM SESSION/SESIÓN	ADDRESS/DIRECCIÓN
NAPA				
	Menlo 3	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	1551 Myrtle St.
	Westwood	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	2700 Kilburn Ave.
VALLEJO				
	Sereno Village	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	750 Sereno Dr.
	Setterquist	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	300 Stanford Dr.
FAIRFIELD				
	Sunset Creek	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	840 E. Travis Blvd.
	Woolner	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	1406 Woolner Ave.
SUISUN CITY				
	Suisun	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	725 Golden Eye Way
VACAVILLE				
	Mariposa 1	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	1625 Alamo Dr.
	Padan	8:00 – 11:30	1:00 – 4:30	100 Padan School Rd.

6 Hour Program / Programa de 6 Horas

Children 3-5 years old who are not eligible for Kindergarten/Niños 3-5 años de edad que no son elegibles para el kinder.

- Classes Monday through Friday / Clases son de Lunes a Viernes
- 8:00am – 2:00pm
- August to May / Agosto a Mayo

#	SITE NAME/CENTRO	ADDRESS/DIRECCIÓN
AMERICAN CANYON		
	Vineyard Crossing (2 classrooms)	202 Tapestry Lane #150
NAPA		
	Menlo 2	1551 Myrtle St.
	Mayacamas	70 Calaveras Ct.
	Fuller Park	1704 Laurel St.
VALLEJO		
	North Vallejo (2 classrooms)	1638-A Fairgrounds Dr.
	* Couch (served at 1328 Virginia St. until open)	579 Couch St.
FAIRFIELD		
	Tabor (2 classrooms)	83 Tabor Ave.
VACAVILLE		
	Larsen	1707 California Dr. Rm. 3

*Couch (Coming soon! / ¡Próximamente!)

- To be served at 1328 Virginia Street until open / Servicios seran ofrecidos en 1328 Virginia Street hasta la apertura del nuevo centro

Full Day Program / Programa de Día Completo

Parents must be working 30+ hours or enrolled in 12 units of school or training or a combination of both to qualify for full day services. / Los padres deben estar trabajando más de 30 horas o inscritos en 12 unidades de la escuela ó de entrenamiento ó combinación de ambos y tener subsidio para calificar para servicios de día completo.

- Classes Monday through Friday / Clases son de Lunes a Viernes
- Open Year Round / Abierto todo el Año

#	SITE NAME/CENTRO	AGES/EDADES	TIME/HORARIO	ADDRESS/DIRECCIÓN
NAPA				
	Therapeutic Child Care Center	Birth – 36 mo.	7:30 – 5:30	2751 Napa Valley Corporate Dr. Bldg. B
	Menlo 1	3 – 5 yrs.	7:30 – 4:30	1551 Myrtle St.
	Menlo 4 EHS	18 – 30 mo.	7:30 – 4:30	1551 Myrtle St.
VALLEJO				
	Washington Park	24 – 36 mo.	7:30 – 4:30	900 Ohio St.
	* Couch (served at 750 Sereno Dr. until open)	Birth – 36 mo.	7:30 – 4:30	579 Couch St.
FAIRFILED				
	Beck 1 & 2	18 – 36 mo.	8:00 – 5:00	275 Beck Ave.
	Beck State Preschool	3 – 5 years	7:30 – 5:30	275 Beck Ave.
	Kidder 1, 2 & 3	Birth – 36 mo.	7:30 – 4:30	1657 Kidder Ave.
VACAVILLE				
	Mariposa 2 State Preschool	3 – 5 years	7:30 – 5:30	1625 Alamo Dr.

Child Care Partnerships / Asociación de Cuidado Infantil

Parents must be working 30+ hours or enrolled in 12 units of school or Training or a combination of both and have a subsidy to qualify for full day services. Must call to arrange a visit. / Los padres deben estar trabajando más de 30 horas o inscritos en 12 unidades de la escuela ó de entrenamiento ó combinación de ambos y tener subsidio para calificar para servicios de día completo.

- Classes Monday through Friday / Clases son de Lunes a Viernes
- Open Year Round / Abierto todo el Año

#	PARTNER/SOCIOS	AGES/EDADES	TIME/HORARIO	ADDRESS/DIRECCIÓN
American Canyon				
	Kimberlee Monero	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:00 – 5:30	400 Northampton Dr.
Napa				
	New Beginnings Child Care	0 – 24 mo.	7:45 – 3:15	1600 Lincoln Ave.
Vallejo				
	Antoinisha Waddell, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	6:30 – 6:30	109 Haviture Way
	Dionna Perkins, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:00 – 5:00	411 Valle Vista Ave.
	Denishia Powell, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	6:00 – 6:00	514 La Jolla St.
	Norma Sanchez, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:00 – 5:30	306 McGrue Ave.
	Patricia Everett, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:00 – 5:30	53 Canterbury Cir.
	Debron Scott, FCCH	0 – 5 yrs.	6:30 – 6:00	120 Masonic Dr.
	Sindy Lafages, FCCH	0 – 5 yrs.	7:30 – 4:00	721 Tregaskis Ave.
Fairfield				
	Joanne Martinez, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:30 – 5:00	2896 Sequoia Ct.
	Desiree Anukpui, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	8:00 – 5:00	273 Larkspur Lane
	Naomi Peterson, FCCH	0 – 5 yrs.	7:30 – 5:30	2816 Orchid St.
	Priscilla Bellard-Hodge, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	6:30 – 5:30	1180 Ironwood Ct.
	Tamara Edwards, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	6:00 – 6:00	511 El Camino Dr.
	Solano Community College	14 mo. – 5 yrs.	7:45 – 3:30	4000 Suisun Valley Rd.
	Circle of Friends	18 mo. – 5 yrs.	6:30 – 6:00	3330 Dover Ave.
Suisun City				
	Sharon Wynn, FCCH	0 – 5 yrs.	6:30 – 5:30	1406 Humbolt Dr.
Vacaville				
	Allison & Kaci Hill, FCCH	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	6:00 – 6:00	524 Corte Alta Ave.
	Dolores Benson	0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.)	7:30 – 5:30	243 Newport Cir.

*Couch (Coming soon! / ¡Próximamente!)

- To be served at 750 Sereno Drive until open / Servicios seran ofrecidos en 750 Sereno Drive hasta la apertura del nuevo centro



APPLICATION for Early Head Start/Head Start
SOLICITUD del Programa Early Head Start/ Head Start
 Any Questions? Call (866) 573-4274
 ¿Preguntas? Llame

CHILD AND FAMILY SERVICES

PLEASE PRINT CLEARLY/ FAVOR de ESCRIBIR CLARAMENTE

FOR STAFF USE ONLY:

Application received: _____

Date: _____

Time: _____

Transitioning

A. PREFERRED PROGRAM OPTION (Check preference)/ OPCION DE PROGRAMA PREFERIDO (Marque su preferencia)

<input type="checkbox"/> CENTER BASED Preferred Center _____ <input type="checkbox"/> Full Day <input type="checkbox"/> 6-hour Day <input type="checkbox"/> Part Day AM <input type="checkbox"/> Part Day PM	<input type="checkbox"/> HOME BASED <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Pregnant Mom
---	--

B. APPLICANT CHILD OR PREGNANT MOTHER/ NIÑO SOLICITANTE O MADRE EMBARAZADA

First <i>Nombre:</i> _____	Legal Last Name/ <i>Apellido :</i> _____	Birth Date/ <i>Fecha de Nacimiento:</i> _____
Gender/ <i>Género</i> <input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenino</i>	Primary Language (Check one)/ <i>Idioma Primario (Marque uno)</i> <input type="checkbox"/> English/ <i>Inglés</i> <input type="checkbox"/> Spanish/ <i>Español</i> <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> _____	
Race of applicant (Check one) / <i>Raza Del Niño (Marque uno):</i> <input type="checkbox"/> Black/ <i>Afro-Americano</i> <input type="checkbox"/> Native American or Alaskan <i>Native/NativoAmericano</i> <input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiático</i> <input type="checkbox"/> Multi/Bi-Racial <input type="checkbox"/> White/ <i>Caucásico</i> <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Hawaiian/ <i>Isleño Pacífico o Hawaiano</i> <input type="checkbox"/> Latino (Latin Origin)/ <i>Hispano/Origen Latino</i>		Is applicant Hispanic?/ <i>Es Hispano?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i> Does applicant have IEP/IFSP (Individualized Education Plan/Individualized Family Services Plan)/ <i>Tiene el solicitante un IEP/IFSP (plan de educación individualizada/plan de servicio de familia individualizada)</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>

C. FAMILY INFORMATION/ INFORMACION DE LA FAMILIA

Number of people in the family: / <i>Número de personas en la familia:</i> _____	Parental Status/ Estado Parental: <input type="checkbox"/> One parent/guardian/ <i>Un padre/tutor</i> <input type="checkbox"/> Two parents/ guardians/ <i>Dos padres/tutores</i>		
Home Address/ <i>Dirección:</i> _____	City/ <i>Ciudad :</i> _____	State: _____	Zip Code/ <i>Código Postal:</i> _____
Mailing address if different/ <i>Dirección del correo si es diferente</i>	City/ <i>Ciudad :</i> _____	State: _____	Zip Code/ <i>Código Postal:</i> _____

Parent/Guardian 1/ Nombre de Padre/ Tutor 1 :

Name of Parent/Guardian 1: Nombre de Padre 1 : _____	Birth Date / <i>Fecha de Nacimiento</i> _____	Gender: <input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenina</i>
Phone Number: <input type="checkbox"/> home/ <i>hogar</i> <input type="checkbox"/> cell/ <i>celular</i>	Message Number/ <i>Numero para dejarle mensajes</i> _____	Email/ <i>Correo Electronico:</i> _____

Employment Status/ Situacion actual de empleo

Part time/ *medio tiempo* Full time/ *tiempo completo* Retired/disabled/ *retirado/discapacitado*
 Training/school/ *capacitación/escuela* Unemployed/ *desempleado* Seasonal/ *temporal*
 Training/school & working/ *capacitación/escuela y trabajo* Homemaker/ *ama de casa*

Check all that apply: cheque todo que aplique:

Pregnant Mother Has custody of applicant / *Madre embarazada Tiene custodia del solicitante*
 Lives with applicant child/ *Vive con el niño solicitante* Teen Parent / *Padre adolescente* Foster Parent/ *Persona encargada del ni*

Due date/ fecha probable de parto: _____

Parent/Guardian 2/ Nombre de Padre/ Tutor 2 :

Name of Parent/Guardian 2: Nombre de Padre 2 : _____	Birth Date / <i>Fecha de Nacimiento</i> _____	Gender: <input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenina</i>
Phone Number: <input type="checkbox"/> home/ <i>hogar</i> <input type="checkbox"/> cell/ <i>celular</i>	Message Number/ <i>Numero para dejarle mensajes</i> _____	Email/ <i>Correo Electronico:</i> _____

Employment Status/ Situacion actual de empleo

Part time/ *medio tiempo* Full time/ *tiempo completo* Retired/disabled/ *retirado/discapacitado*
 Training/school/ *capacitación/escuela* Unemployed/ *desempleado* Seasonal/ *temporal*
 Training/school & working/ *capacitación/escuela y trabajo* Homemaker/ *ama de casa*

Check all that apply: cheque todo que aplique:

Pregnant Mother Has custody of applicant / *Madre embarazada Tiene custodia del solicitante*
 Lives with applicant child/ *Vive con el niño solicitante* Teen Parent / *Padre adolescente* Foster Parent/ *Persona encargada del niño/a*

Due date/ fecha probable de parto: _____

D. OTHERS IN THE HOME SUPPORTED BY INCOME/ OTROS EN EL HOGAR SOPORTADOS POR INGRESOS

FIRST NAME, LAST NAME <i>PRIMER NOMBRE, APELLIDO</i>	BIRTHDATE/ <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	GENDER/ <i>GENERO</i>	HOW RELATED TO PRIMARY ADULT/ <i>PARENTESCO CON EL ADULTO PRIMARIO</i>	PRIMARY LANGUAGE/ <i>IDIOMA PRIMARIO</i>	EMPLOYMENT STATUS/ <i>SITUACION ACTUAL DE EMPLEO</i>
1.	____/____/____	M/ F			
2.	____/____/____	M/ F			
3.	____/____/____	M/ F			
4.	____/____/____	M/ F			

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

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE _____ PRINT NAME _____ DATE _____
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN LEGAL ESCRIBA SU NOMBRE EN MOLDI FECHA



FAMILY CIRCUMSTANCES INFORMATION SHEET

CHILD AND FAMILY SERVICES

Parent/Guardian/Pregnant Mom Name: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Applicants:

PLEASE check ALL information on this form that pertains to your immediate family. Information on race, sex and disability is voluntary and is used to meet Federal reporting requirements. All information will be used to determine eligibility for the Head Start Program and will be kept in strictest confidence. Items checked will be used to determine need for services and will not jeopardize eligibility.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Receiving <ul style="list-style-type: none"> • TANF/CalWorks | <input type="checkbox"/> 10. Domestic Violence/Child Abuse <ul style="list-style-type: none"> • Spousal/intimate partner Abuse • Involvement with Child Protective Services |
| <input type="checkbox"/> 2. Receiving <ul style="list-style-type: none"> • SSI | <input type="checkbox"/> 11. Substance Abuse <ul style="list-style-type: none"> • Drug Abuse • Alcohol Abuse • Recovering Addict |
| <input type="checkbox"/> 3. Refugee Status | <input type="checkbox"/> 12. Migrant Farmworker Family |
| <input type="checkbox"/> 4. Homeless/Transitional Living <ul style="list-style-type: none"> • Living in a homeless shelter • Living with friends or in a car/hotel | <input type="checkbox"/> 13. Parent Incarceration |
| <input type="checkbox"/> 5. Foster Family/Out-of-Home Placement <ul style="list-style-type: none"> • Currently a licensed foster home • Child is ward of the court | <input type="checkbox"/> 14. Grandparents Raising Grandchildren <ul style="list-style-type: none"> • Grandparents are the legal guardians of the child(ren) |
| <input type="checkbox"/> 6. Child Protective Service (CPS) Referral | <input type="checkbox"/> 15. Teen Parent |
| <input type="checkbox"/> 7. Child Diagnosed with Disability <p style="margin-left: 20px;">Child diagnosed by a physician or other diagnosing agency</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referral from community agency serving children with disabilities | <input type="checkbox"/> 16. Veteran <ul style="list-style-type: none"> • Mom • Dad • Guardian |
| <input type="checkbox"/> 8. Physical Health Concerns <p style="margin-left: 20px;">Parent has chronic medical condition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Child has chronic medical condition | <input type="checkbox"/> 17. Active Military <ul style="list-style-type: none"> • Mom • Dad • Guardian |
| <input type="checkbox"/> 9. Mental Health Concerns <ul style="list-style-type: none"> • Parent(s) seeing a psychologist, psychiatrist or counselor of any type • Child seeing a psychologist, psychiatrist or counselor of any type • Un-addressed Mental Health Need | <input type="checkbox"/> 18. Receiving SNAP/Cal Fresh/Food Stamps |
| <p>*TCCC Only</p> | <input type="checkbox"/> 19. Receiving Subsidy for child care |
| | <input type="checkbox"/> 20. Receiving WIC |
| | <input type="checkbox"/> 21. Napa Public Health * |
| | <input type="checkbox"/> 22. Napa County Job Training Services on HHS campus* |



CHILD AND FAMILY SERVICES

HOJA DE INFORMACION DE CIRCUMSTANCIAS FAMILIARES

Nombre de Padre/Guardián/Madre Embarazada: _____

Nombre del Niño/a: _____ Día de Nacimiento: _____

Solicitantes:

POR FAVOR marque TODA la información en este documento que pertenece a su familia inmediata. Datos sobre raza, sexo y discapacidades son voluntarios y se utilizan para cumplir los requisitos Federales de reportar información. Todos los datos se utilizarán para determinar elegibilidad en el programa Head Start y se mantendrán estrictamente confidenciales. La información indicada se utilizará para determinar necesidad de servicios y no comprometerá su elegibilidad.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Recibiendo <ul style="list-style-type: none">• TANF/CalWorks | <input type="checkbox"/> 10. Violencia Domestica/Abuso infantil <ul style="list-style-type: none">• Abuso contra la Esposa(o) o Pareja intima• Implicación con el Servicio de Protección al Menor |
| <input type="checkbox"/> 2. Recibiendo <ul style="list-style-type: none">• SSI | <input type="checkbox"/> 11. Abuso de Substancias <ul style="list-style-type: none">• Abuso de Drogas• Abuso de Alcohol• Recuperación |
| <input type="checkbox"/> 3. Estatus de Refugiado | <input type="checkbox"/> 12. Familias de Trabajadores de Campo |
| <input type="checkbox"/> 4. Sin Hogar/En vivienda de Transición <ul style="list-style-type: none">• Viviendo en un albergue para personas sin hogar• Viviendo con amistades o en un automóvil/Hotel | <input type="checkbox"/> 13. Encarcelamiento parental |
| <input type="checkbox"/> 5. Familia Temporal/Colocación fuera del Hogar <ul style="list-style-type: none">• Actualmente un Hogar Temporal con licencia• Nino(a) está bajo la protección de la corte | <input type="checkbox"/> 14. Abuelos educando a los Nietos <ul style="list-style-type: none">• Los Abuelos son los Tutores legales del niño(os) |
| <input type="checkbox"/> 6. Enviado por el Servicio de Protección al Menor (CPS) | <input type="checkbox"/> 15. Padre o Madre adolescente |
| <input type="checkbox"/> 7. Nino(a) Diagnosticado con alguna discapacidad <ul style="list-style-type: none">• Nino(a) diagnosticado por un Médico o Agencia Autorizada• Enviado por una Agencia Comunitaria que presta servicios a niños con discapacidades | <input type="checkbox"/> 16. Veteranos <ul style="list-style-type: none">• Madre• Padre• Tutor |
| <input type="checkbox"/> 8. Preocupaciones sobre Salud Física <ul style="list-style-type: none">• Padre o madre tiene una condición de salud crónica• Nino(a) tiene una condición de salud crónica | <input type="checkbox"/> 17. Activo en el Servicio Militar <ul style="list-style-type: none">• Madre• Padre• Tutor |
| <input type="checkbox"/> 9. Asuntos sobre Salud Mental <ul style="list-style-type: none">• Uno o ambos padres consultan a un Psicólogo, Psiquiatra o Consejero de cualquier tipo• El niño(a) consulta a un Psicólogo, Psiquiatra o Consejero de cualquier tipo• Necesidades de Salud Mental pendientes sin tratamiento | <input type="checkbox"/> 18. Recibiendo SNAP/Cal Fresh/Food Stamps |
| | <input type="checkbox"/> 19. Recibiendo WIC |
| | <input type="checkbox"/> 20. Recibiendo subsidio para cuidado de niños |
| | <input type="checkbox"/> 21. Napa Salud Publico* |
| | <input type="checkbox"/> 22. Napa Condado de entrenamiento de servicio al trabajo* |

*TCCC Only