

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. 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).

What to submit with your application

- Proof of income** (copy of 1040 tax return within 1 year and 1 full month's worth of pay stubs) **NOTE: If it is a 2 parent/guardian household, we will need income from both parents/guardians**
- Up to date Immunization Record**
- Proof of age** (ex. Birth Certificate, Medi-cal card)
- Medi-Cal card or Insurance #**

If applicable, please also provide a copy of the following

- Current copy of child's IEP/IFSP**
- Supplemental Security Income Statement**
- Foster Care Statement**
- TANF/CalWorks Notice**

Important intake appointment information

Once your application is submitted, a staff person will contact you to schedule an "Intake Appointment" to determine if you are eligible for the program. The above documents will be required to determine if your child is eligible for the program. If you are having trouble obtaining a copy of your income or if you have any questions, please contact us for assistance.

Contact person:	
Phone Number:	
Appointment Date/Time:	
Location of Appointment:	



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. 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)

Lo que debe incluir con su solicitud

Prueba de Ingresos (ej. W-2, copia de la declaración de impuestos dentro de 1 año) *Nota: Si es un hogar de 2 padres o guardianes, necesitaremos de los dos padres/guardianes*

Vacunas Actualizadas

Comprobante de Edad (ej. Certificado de Nacimiento, Tarjeta de Medi-Cal)

Tarjeta de Medi-Cal card o # de seguridad

Si es aplicable, provee una copia de lo siguiente

Copia Actual de IEP /IFSP del niño

Declaración de Ingresos de Seguro Suplementario

Comprobante del estado de que el niño/a fue colocado en su hogar

Comprobante de TANF/Cal Works

Información importante de su cita de admisión

La cita de admisión se utiliza para determinar la elegibilidad. Por favor asegúrese de llevar los documentos anteriormente mencionados a su cita. Se requieren estos documentos para determinar si su hijo/a es elegible para el programa. Si tiene dificultades en obtener una copia de sus ingresos, favor de llamar al personal a continuación para obtener ayuda.

Personal de contacto:

Número Telefónico:

Fecha de Cita /Hora :

Lugar de Cita:



Child Start
incorporated

CHILD AND FAMILY SERVICES

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

PLEASE PRINT CLEARLY/FAVOR de **ESCRIBIR CLARAMENTE**

FOR STAFF USE ONLY

Application Received:

Date: _____ Time _____

Data Entry:

Date: _____ Initials _____

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 LA 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>Femenina</i>	Primary Language (Check one)/ <i>Idioma Primaria (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"/> American Indian or Alaska <i>Native/Nativo Americano</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>Si</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 educacion individualizada/plan de servicio de familia individualizada)</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</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 / <i>Estado Parental:</i> <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: CA	Zip Code / <i>Código Postal:</i>
Mailing address if different / <i>Dirección del correo si es diferente</i>	City / <i>Ciudad :</i>	State: CA	Zip Code / <i>Código Postal:</i>

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

Name of Parent/Guardian 1: <i>Nombre de Padre 1:</i>	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
 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:* _____

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

Name of Parent/Guardian 2: <i>Nombre de Padre 2:</i>	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
 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>
1.	___/___/___	M/ F		
2.	___/___/___	M/ F		
3.	___/___/___	M/ F		
4.	___/___/___	M/ F		
5.	___/___/___	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 información incorrecta puede descalificar a mi familia de este programa.*

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

When completed: Return to any Head Start Center; fax to (707) 265-1257; Email to erseateam@childstartinc.org

Mailing Address/ *dirreccion de correo postal:* 439 Devlin Road Napa, CA 94558 Attn: Data Entry

Quando este completada: *llevela a cualquier centro de Head Start; por fax al (707) 265-1257; por correo electronico a* erseateam@childstartinc.org



FAMILY CIRCUMSTANCES INFORMATION SHEET

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 <ul style="list-style-type: none"> • Child diagnosed by a physician or other diagnosing agency • 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 <ul style="list-style-type: none"> • Parent has chronic medical condition • 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* |



CIRCUMSTANCIAS FAMILIARES

HOJA DE INFORMACION

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.

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

*TCCC Only