



**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 NUMBER TOP 3 SITES /
POR FAVOR 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 a 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 offered 2 days a week / Ofrece clases 2 veces por semana
- Monday & Wednesday OR Tuesday & Thursday Sessions / Sesiones disponibles Lunes y Miercoles o Martes y Jueves
- 6 hours per day / 6 horas cada día
- September to May / Septiembre a Mayo

| # | SITE NAME/CENTRO | AM SESSION/SESIÓN | PM SESSION/SESIÓN | ADDRESS/DIRECCIÓN |
|----------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| VALLEJO | | | | |
| | Setterquist | M/W and T/TH | 8:00 – 2:00 | 300 Stanford Dr. |

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 Thursday / Clases son de Lunes a Jueves
- 8:00am – 2:00pm
- August to May / Agosto a Mayo

| # | SITE NAME/CENTRO | ADDRESS/DIRECCIÓN |
|------------------------|---|------------------------|
| AMERICAN CANYON | | |
| | Vineyard Crossing | 202 Tapestry Lane #150 |
| NAPA | | |
| | Mayacamas | 70 Calaveras Ct. |
| VALLEJO | | |
| | North Vallejo | 1638-A Fairgrounds Dr. |
| | * Couch HS (served at 1328 Virginia St. until open) | 579 Couch St. |
| FAIRFIELD | | |
| | Tabor | 83 Tabor Ave. |
| | Woolner | 1406 Woolner Ave. |
| VACAVILLE | | |
| | Mariposa 1 | 1625 Alamo Dr. |

*Couch (Coming soon! / ¡Próximamente!)

- Head Start to be served at 1328 Virginia Street until open / Servicios de Head Start 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 – 48 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 EHS (served at 750 Sereno Dr. until open) | Birth – 36 mo. | 7:30 – 4:30 | 579 Couch St. |
| FAIRFIELD | | | | |
| | Beck 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 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. |
| | Larsen 1 EHS | 18 – 30 mo. | 7:30 – 4:30 | 100 Padan School Rd. |

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 months | 7:45 – 3:15 | 1600 Lincoln Ave. |
| Vallejo | | | | |
| | Antoinisha Waddell, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 7:00 – 6:00 | 109 Haviture Way |
| | Dionna Perkins, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 8:00 – 5:00 | 411 Valle Vista Ave. |
| | Denishia Powell, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 12:00 – 11:30pm | 514 La Jolla St. |
| | Patricia Everett, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 7:00 – 5:30 | 53 Canterbury Cir. |
| | Debron Scott, FCCH | 0 – 5 yrs. | 6:00 – 5:00 | 120 Masonic Dr. |
| | Sindy Lafages, FCCH | 0 – 5 yrs. | M-TH 8:00 – 5:00 F: 8:00 – 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.) | 8:30 – 3:00 | 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.) | 6:30 – 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 Hill, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 5:30 – 5:30 | 524 Corte Alta Ct. |
| | Dolores Benson, FCCH | 0 – 5 yrs. (+ school age - 12 yrs.) | 7:30 – 5:30 | 243 Newport Cir. |

*Couch (Coming soon! / ¡Próximamente!)

- Early Head Start to be served at 750 Sereno Drive until open / Servicios de Early Head Start seran ofrecidos en 750 Sereno Drive hasta la apertura del nuevo centro



FAMILY CIRCUMSTANCES INFORMATION SHEET

CHILD AND FAMILY SERVICES

| | |
|--|--|
| Parent/Guardian/Pregnant Mom Name: | |
| Childs Name | Date of Birth: |
| <p>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.</p> | |
| <input type="checkbox"/> 1. Receiving <ul style="list-style-type: none"> • TANF/CalWorks <input type="checkbox"/> 2. Receiving <ul style="list-style-type: none"> • SSI <input type="checkbox"/> 3. Refugee Status** <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"/> 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"/> 6. Child Protective Service (CPS) Referral** <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"/> 8. Physical Health Concerns <ul style="list-style-type: none"> • Parent has chronic medical condition • Child has chronic medical condition <input type="checkbox"/> 9. Dual Language Learner <input type="checkbox"/> 10. 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 <p style="text-align: center;">**Priority FCP</p> | <input type="checkbox"/> 11. Domestic Violence or Child Abuse ** <ul style="list-style-type: none"> • Spousal/intimate partner Abuse • Involvement with Child Protective Services <input type="checkbox"/> 12. Substance Abuse <ul style="list-style-type: none"> • Drug Abuse • Alcohol Abuse • Recovering Addict <input type="checkbox"/> 13. Migrant Farmworker Family <input type="checkbox"/> 14. Parent Incarceration <input type="checkbox"/> 15. Grandparents Raising Grandchildren <ul style="list-style-type: none"> • Grandparents are the legal guardians of the child(ren) <input type="checkbox"/> 16. Teen Parent <input type="checkbox"/> 17. Veteran <ul style="list-style-type: none"> • Mom • Dad • Guardian <input type="checkbox"/> 18. Active Military <ul style="list-style-type: none"> • Mom • Dad • Guardian <input type="checkbox"/> 19. Receiving SNAP/Cal Fresh/Food Stamps <input type="checkbox"/> 20. Receiving Subsidy for child care <input type="checkbox"/> 21. Receiving WIC <input type="checkbox"/> 22. Napa Public Health <input type="checkbox"/> 23. Napa County Job Training Services on HHS campus <input type="checkbox"/> 24. Essential worker |



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

- 1. Recibiendo TANF/CalWorks
- 2. Recibiendo SSI
- 3. Estatus de Refugiado**
- 4. Sin Hogar/En vivienda de Transición**
 - Viviendo en un albergue para personas sin hogar
 - Viviendo con amistades o en un automóvil/Hotel
- 5. Familia Temporal/Colocación fuera del Hogar
 - Actualmente un Hogar Temporal con licencia
 - Niño(a) está bajo la protección de la corte
- 6. Enviado por el Servicio de Protección al Menor (CPS)**
- 7. Niño(a) Diagnosticado con alguna discapacidad
 - Niño(a) diagnosticado por un Médico o Agencia Autorizada
 - Enviado por una Agencia Comunitaria que presta servicios a niños con discapacidades
- 8. Preocupaciones sobre Salud Física
 - Padre o madre tiene una condición de salud crónica
 - Niño(a) tiene una condición de salud crónica
- 9. Alumno de doble lenguaje
- 10. Asuntos sobre Salud Mental
 - 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

- 11. Violencia Domestica/Abuso infantil**
 - Abuso contra la Esposa(o) o Pareja íntima
 - Implicación con el Servicio de Protección al Menor
- 12. Abuso de Substancias
 - Abuso de Drogas
 - Abuso de Alcohol
 - Recuperación
- 13. Familias de Trabajadores de Campo
- 14. Encarcelamiento parental
- 15. Abuelos educando a los Nietos
 - Los Abuelos son los Tutores legales del niño(os)
- 16. Padre o Madre adolescente
- 17. Veteranos
 - Madre
 - Padre
 - Tutor
- 18. Activo en el Servicio Militar
 - Madre
 - Padre
 - Tutor
- 19. Recibiendo SNAP/Cal Fresh/Food Stamps
- 20. Recibiendo WIC
- 21. Recibiendo subsidio para cuidado de niños
- 22. Napa Salud Publico
- 23. Servicio de capacitación laboral del Condado de Napa en el campo de HHS
- 24. Trabajador esencial

**Priority FCP



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: _____

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>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"/> Native American or Alaskan <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>Islaño 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> | Permission to text/ <i>¿Permiso para mensaje de texto?</i> <input type="checkbox"/> | |
| 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/ Situacion actual de empleo <input type="checkbox"/> Part time/ <i>medio tiempo</i> <input type="checkbox"/> Full time/ <i>tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Retired/disabled/ <i>retirado/discapitado</i> <input type="checkbox"/> Training/school/ <i>capacitación/escuela</i> <input type="checkbox"/> Unemployed/ <i>desempleado</i> <input type="checkbox"/> Seasonal/ <i>temporal</i> <input type="checkbox"/> Training/school & working/ <i>capacitación/escuela y trabajo</i> <input type="checkbox"/> Homemaker/ <i>ama de casa</i> | | | |
| Check all that apply: / cheque todo que aplique: <input type="checkbox"/> Pregnant Mother/ <i>Madre embarazada</i> <input type="checkbox"/> Has custody of applicant / <i>Tiene custodia del solicitante</i> <input type="checkbox"/> Lives with applicant child/ <i>Vive con el niño solicitante</i> <input type="checkbox"/> Teen Parent / <i>Padre adolescente</i> <input type="checkbox"/> Foster Parent/ <i>Persona encargada del ni</i> | | | |
| Due date/ <i>fecha probable de parto:</i> _____ | | | |
| 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/ Situacion actual de empleo <input type="checkbox"/> Part time/ <i>medio tiempo</i> <input type="checkbox"/> Full time/ <i>tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Retired/disabled/ <i>retirado/discapitado</i> <input type="checkbox"/> Training/school/ <i>capacitación/escuela</i> <input type="checkbox"/> Unemployed/ <i>desempleado</i> <input type="checkbox"/> Seasonal/ <i>temporal</i> <input type="checkbox"/> Training/school & working/ <i>capacitación/escuela y trabajo</i> <input type="checkbox"/> Homemaker/ <i>ama de casa</i> | | | |
| Check all that apply: / cheque todo que aplique: <input type="checkbox"/> Pregnant Mother/ <i>Madre embarazada</i> <input type="checkbox"/> Has custody of applicant / <i>Tiene custodia del solicitante</i> <input type="checkbox"/> Lives with applicant child/ <i>Vive con el niño solicitante</i> <input type="checkbox"/> Teen Parent/ <i>Padre adolescente</i> <input type="checkbox"/> Foster Parent/ <i>Persona encargada del niño/a</i> | | | |
| Due date/ <i>fecha probable de parto:</i> _____ | | | |

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 (D/MM/YYYY)</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. | - | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | |
| 2. | - | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | |
| 3. | | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | |
| 4. | | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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 PRINT NAME DATE
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN LEGAL ESCRIBASU NOMBRE EN MOLDE FECHA