



HEAD START & EARLY HEAD START

225 Westridge Drive, Watsonville, CA 95076
Office: (831)724-3885 / (831)688-3802 • Fax: (833)204-4892
Email: ERSEAIntakeApplication@EncompassCS.org

Estimado(s) Padre(s):

Gracias por su interés en nuestros programas de Head Start/Early Head Start de Encompass. Nuestros programas ofrecen preparación de escuela de alta calidad sin ningún costo para bebés infantiles, niños pequeños, y niños de edad preescolar de familias que son elegibles de ingreso y viven en el condado de Santa Cruz. Ofrecemos clases de todo el día y parte del día a niños de 6 a 36 meses de edad y a niños de 3-5 años de edad (edad de pre-kínder). También ofrecemos servicios en el hogar para niños recién nacidos hasta 36 meses.

Por favor complete la solicitud adjunta. **TENGA EN CUENTA QUE UNA PARTE DEL PROCESO DE LA SOLICITUD ES TENER UNA ENTREVISTA CON UNO DE NUESTROS EMPLEADOS DE ADMISION.**

Elegibilidad Automática

Su niño es automáticamente elegible si recibe uno de los siguientes beneficios:

- El niño es un niño Foster o
- La familia está recibiendo beneficios o servicios de asistencia por parte del programa de CalWORKs/TANF o
- Un miembro de la familia que esté recibiendo beneficios de Seguro Suplemental (SSI) que sea sostenido y viviendo con el/los padres del niño o
- La familia se considera sin vivienda (por la definición de McKinney-Vento Homeless Act)

Elegibilidad de Ingresos

Su familia es elegible si sus ingresos están bajo la Guía de Pobreza Federal. Los documentos deben incluir todas las fuentes de ingresos recibidos por ambos padres del niño (en la página 3 de la solicitud encontrará más información sobre los tipos de ingresos requeridos)

Documentos Requeridos

Necesita someter con la solicitud los siguientes documentos (**recuerde: copias de documentos sometidos no serán devueltos**)

- **Documentos de Ingresos:** Forma 1040-A del Reporte de Impuestos (del año anterior)
- **Verificación de Edad:** Acta de Nacimiento, Certificado de Hospital, tarjeta del seguro médico, o pasaporte de los Estados Unidos.
- **Cartilla de Vacunas del Niño:** Como la ley de California establece, los niños no pueden asistir a clases sin prueba de que están al corriente con todas sus vacunas.
- **Plan Educativo Individual (IEP) o Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP):** Solamente si el niño ha sido diagnosticado.

Al someter la solicitud de su Niño

Puede someter la solicitud de su niño en persona a nuestra oficina principal, por correo electrónico o fax. La información que nos proporcione en la solicitud y documentos requeridos nos ayudara a determinar si su niño es elegible para nuestros programas y para priorizar (usando nuestro sistema de criterio y selección de puntaje) el lugar de la solicitud de su niño en nuestras listas de espera.

Si tiene preguntas sobre la solicitud de su niño, documentos requeridos y/o necesita asistencia para llenar la solicitud, por favor venga a nuestra oficina principal o llámenos a los números de teléfono anotados arriba. **¡Nos dará mucho gusto ayudarle!**

Los Programas de Head Start/Early Head Start de Encompass no discriminan a niños o familias por motivos de raza, color, origen nacional, género, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual y estado civil o familiar.

Requisitos de Salud

Para todos los niños que participan en cualquiera de nuestros programas de desarrollo infantil estamos obligados a obtener copias de la siguiente información de la salud. Si no tiene seguro médico su niño o usted no tiene manera de pagar por estos exámenes, por favor llámenos para obtener asistencia. Nuestro personal del departamento de Salud está disponible para contestar cualquier pregunta que pueda tener con respecto a estos requisitos.

Documentos requeridos con la Solicitud:

- ❖ **Cartilla de Vacunas:** Antes de que su niño pueda asistir a clase o a una socialización, nuestro programa tiene que haber recibido una copia actual de las vacunas de su niño según los requisitos de vacunas del estado de California. Si su niño no tiene un registro de vacunas o no ha recibido todas las vacunas necesarias, llame al médico o clínica de su niño tan pronto como le sea posible para obtener un registro de vacunas o hacer una cita para que su niño reciba estas vacunas.

Durante los primeros 30 días del primer día de clases o Visita al Hogar:

- ❖ **Evaluación de Salud (*examen físico o chequeo de bien estar del bebe*):** Una evaluación de salud (*examen físico o chequeo de bien estar del bebe*) de doctor es requerida. Este examen debe incluir una evaluación de tuberculosis (TB).

Durante los primeros 90 días del primer día de clases:

- ❖ **Examen Dental:** Se requiere una copia actual de examen dental o de cualquier tratamiento recibido en el último año de su niño. Si no tiene una copia del examen dental actual de su niño, se le pedirá que lleve al niño al dentista para un examen dental. (*Necesario para los niños de Head Start. Es recomendado, pero no es necesario para los niños de Early Head Start*).
- ❖ **Exámenes de Hemoglobina/Hematocrito:** Normalmente realizados por el doctor de su niño a los 9 y 24 meses de edad.
- ❖ **Presión Arterial:** A principios de los tres años de edad debe proporcionar documentación de la medición de la presión arterial de su niño. Esta prueba normalmente se realiza durante el examen físico de su niño.
- ❖ **Examen del Plomo:** Debe proporcionar copia del examen del plomo. Este examen normalmente es realizado por el doctor de su niño a los 12 y 24 meses de edad.



**Solicitud del Niño
(Confidencial)**

El Niño (aplicante)			
Primer Nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:
Primer idioma del niño:		¿Está el niño en cuidado Foster? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco (Latino & Caucásicos) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multí-Racial (especifique): <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
¿Tiene asma su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su niño ha tenido convulsiones o ataques epilépticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene su niño una condición crónica (constante) de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, complete A y B):			
A. Tipo de condición (constante) crónica: _____			
B. ¿Toma su niño medicamento para esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene su niño problemas de alimentación o de comida que requiere de sustituciones en la dieta o de equipo adaptivo (por ejemplo: tubo gástrico, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, complete A):			
A. Describa los problemas de comida, alimentación, y/o equipo requerido:			
¿Tiene su niño una discapacidad diagnosticada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, someta copia del Plan Educación Individual (IEP) o el Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) con la solicitud de niño y complete A):			
A. Por favor marque el tipo de discapacidad por la cual su niño recibe servicios especiales:			
<input type="checkbox"/> Retraso del Habla <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo <input type="checkbox"/> Desorden Emocional/Comportamiento <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Problemas del Oír (audición) <input type="checkbox"/> Otro (explique):			
¿Su niño requiere adaptación durante el tiempo que está en la escuela (por ejemplo: silla de ruedas, andadera, aparato auditivo, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, complete A):			
A. Describa el equipo adaptivo necesario:			
¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo del habla del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, explique):			
¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de la visión y audición del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, explique):			
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si, sí, explique):			

Información de la Familia

El niño vive con:

- Ambos Padres Un Padre (solamente) Padre(s) de Crianza Temporal (Foster) Guardián Legal
 Custodia Compartida (dos padres, dos hogares)

Padre/Guardián # 1

Primer Nombre: Apellido: Fecha de Nacimiento:

Dirección del hogar: Ciudad/Código Postal:

Dirección de Correspondencia: Ciudad/Código Postal:

de teléfono del hogar: # de teléfono del celular:

de teléfono del trabajo: Correo electrónico:

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?
 Teléfono del hogar Teléfono celular
 Teléfono del trabajo Correo electrónico
 Mensaje de texto

Al marcar aquí, estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto al número de celular anotado arriba:

¿En qué idioma prefiere los materiales de información?
 Español Inglés

Estado de Empleo:
 Tiempo completo Medio tiempo Desempleado
 Temporal Jubilado Discapacitado
 Entrenamiento/Estudiante

¿Es usted un empleado de este programa/agencia?
 Sí No

¿Es usted pariente de un empleado de este programa/agencia?
 Sí No

Padre/Guardián # 2

Primer Nombre: Apellido: Fecha de Nacimiento:

Dirección del hogar: Ciudad/Código Postal:

Dirección de Correspondencia: Ciudad/Código Postal:

de teléfono del hogar: # de teléfono del celular:

de teléfono del trabajo: Correo electrónico:

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?
 Teléfono del hogar Teléfono celular
 Teléfono del trabajo Correo electrónico
 Mensaje de texto

Al marcar aquí, estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto al número de celular anotado arriba:

¿En qué idioma prefiere los materiales de información?
 Español Inglés

Estado de Empleo:
 Tiempo completo Medio tiempo Desempleado
 Temporal Jubilado Discapacitado
 Entrenamiento/Estudiante

¿Es usted un empleado de este programa/agencia?
 Sí No

¿Es usted pariente de un empleado de este programa/agencia?
 Sí No

Tamaño de Familia

Por favor anote a todas las personas que viven en el hogar que son sostenidos con los ingresos de los padres o tutores (**no anote a los padres o al niño por el cual está aplicando**) (si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel).

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño (aplicante)

¿Número total de personas que viven en su hogar a quien usted sostiene financieramente?

Circunstancias Familiares

Por favor marque los eventos que le han sucedido a su familia en los últimos 2 años.

- Muerte en la familia Enfermedad grave Divorcio/Separación Despliegue militar
 Falta de vivienda Encarcelamiento de padre/guardián Abuelos(s) pariente(s) criando al niño (kinship care)
 Otro (especifique): Ninguno

¿Cómo Escucho de Nuestro Programas?

- Evento Comunitario Otra Agencia Comunitaria Personal de Head Start Evento de Head Start
 Internet/Redes Sociales Imprenta Publicaría Familiar o Amigo Es Padre de un Niño/a Ex-participante
 Nuestra Oficina Administrativa le Proporciono Información en Persona

Referido por:

- Families Together Servicios de Protección del Niño (CPS) CASA Janus Rebele Shelter
 Sienna House Calsafe/Programa Teen del PVUSD PAPAS Youth Services
 Otro:

Preguntas de Elegibilidad de Ingresos

¿Esta su familia recibiendo beneficios de TANF? Sí No
(Beneficios de TANF incluyen TANF/CalWORKs ayuda financiera en efectivo y/o Welfare-to-Work – no ayuda en efectivo.) Si, sí, incluya documentación reciente que verifique que está recibiendo beneficios de TANF.

¿Usted o alguien en su familia están actualmente recibiendo Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)? Sí No
Si, sí, someta verificación de que está recibiendo beneficios de Seguro de Ingreso Suplementario.

¿Es esta una solicitud para un niño de Crianza Temporal (Foster)? Sí No
Si, sí, someta una copia de la Concesión de Cuidado de Crianza Temporal (Foster Care Grant).

¿Está usted y su familia actualmente sin vivienda? Sí No
(Viviendo temporalmente en vivienda de transición, refugios, hoteles, vehículos, o moviendo con frecuencia entre la casa de familiares y/o amigos.) Si, sí, someta verificación de servicios a familias sin vivienda.

¿Recibe ingresos de empleo? Sí No
(Forma 1040-A del Reporte de Impuestos o W2's (año anterior). Si, sí, someta verificación de ingresos.

¿Está recibiendo Manutención del Niño, beneficios de Incapacidad del Estado, Desempleo, o Compensación del Trabajo? Si No
Si, sí, someta verificación de beneficios recibidos en los últimos 12 meses.

Días de pago del Padre/Guardián # 1:
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces por mes
 Mensual

Días de pago del Padre/Guardián # 2:
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces por mes
 Mensual

Conteste la siguiente pregunta solamente si no puede demostrar sus ingresos. Me pagan en efectivo

Conteste la siguiente pregunta solamente si no puede demostrar sus ingresos. Me pagan en efectivo

Conteste la siguiente pregunta solamente si no tiene ingresos.
 No recibo ingresos o ayudas de Ingresos Automáticos

Conteste la siguiente pregunta solamente si no tiene ingresos.
 No recibo ingresos o ayudas de Ingresos Automáticos

Página de Opciones del Programa

Por favor repase las diferentes opciones de nuestros programas y indique por la cual está aplicando:

Early Head Start

■ Programa de Visitas al Hogar (nacimiento – 3 años) – programa de todo el año

Este programa proporciona servicios a familias en sus propios hogares. El Visitante del Hogar asiste a los padres en proporcionales oportunidades de aprendizaje que incrementan las habilidades de desarrollo y crecimiento de los niños usando sus hogares como el ambiente primario de aprendizaje. El Visitante del Hogar visita los hogares una vez por semana por 1 ½ horas. Cada mes dos grupos de socialización se llevan a cabo, para que el niño tenga la oportunidad de desarrollar sus destrezas sociales con otros niños y los padres tienen la oportunidad de socializar con otros padres.

■ Salón de Clases para Niños Infantiles (6 – 36 meses) – programa de todo el año

Los niños inscritos en el salón para niños Infantiles asisten a clases 5 días a la semana (lunes-viernes) por 6 ½ horas. Tres comidas nutritivas son proporcionadas. Las familias también participan en visitas al hogar y conferencias de padres/maestros.

<input type="checkbox"/> La Casita 412 East Lake Ave Watsonville 8:30 am – 3 pm 6 – 24 meses de edad	<input type="checkbox"/> Starlight Children's 1 360 Arthur Rd Watsonville 8:30 am – 3 pm 12 – 24 meses de edad	<input type="checkbox"/> Starlight Children's 2 360 Arthur Rd Watsonville 8:30 am – 3 pm 18 – 36 meses de edad	<input type="checkbox"/> Baskin 1 6500 Soquel Ave # 1700 Aptos 8:30 am – 3 pm 18 – 36 meses de edad	<input type="checkbox"/> Natural Bridges 1 255 Swift St Santa Cruz 8:30 am – 3pm 18 – 36 meses de edad
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Head Start

■ Programa de Salón de Clases de Medio Día (3 – 5 años/pre-kínder)

Los niños están inscritos en clases por la AM o PM 4 días a la semana (martes-viernes) por 3 ½ horas. Dos comidas nutritivas son proporcionadas. Las familias también participan en visitas al hogar y conferencias de padres/maestros.

<input type="checkbox"/> Martinelli 1 441 Rogers Ave Watsonville — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm	<input type="checkbox"/> Terry Jimenez 2 201 Brewington Ave Watsonville — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm Niños de 3 años solamente	<input type="checkbox"/> Via del Mar 120 W. Beach St Watsonville — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm	<input type="checkbox"/> Vista Verde 1 1936-A Freedom Blvd Freedom — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm Niños de 3 años solamente
<input type="checkbox"/> Vista Verde 2 1936-A Freedom Blvd Freedom — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm	<input type="checkbox"/> Branciforte 175 Benito Ave Santa Cruz — 8:15 am – 11:45 am — 12:45 pm – 4:15 pm	<input type="checkbox"/> No Preferencia	

■ Programa de Salón de Clases de Día Extendido/Año Extendido (3 – 5 años/pre-kínder)

Los niños están inscritos en clases de día extendido 5 días de la semana (lunes-viernes) por 6 horas. Tres comidas nutritivas son proporcionadas. Las familias también participan en visitas al hogar y conferencias de padres/maestros.

<input type="checkbox"/> Angela Agbayani 140 Herman Ave Watsonville 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> Martinelli 2 441 Rogers Ave Watsonville 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> Starlight - SPK 235 Hammer Dr Watsonville 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> Terry Jimenez 1- SPK 201 Brewington Ave Watsonville 8:15 am – 2:15 pm
<input type="checkbox"/> Baskin 2 - SPK 6500 Soquel Ave # 1700 Aptos 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> Ludlow 7105 Highway 9 Felton 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> Natural Bridges 2 255 Swift St Santa Cruz 8:15 am – 2:15 pm	<input type="checkbox"/> The Farm 3060 Cunnison Ln Aptos 8:15 am – 2:15 pm

Firma del Padre/Guardián:

Yo certifico que toda la información en esta solicitud y los documentos proporcionados son correctos. Entiendo que, si se da la información falsa, la solicitud de mi niño puede ser descalificada o los servicios pueden ser descontinuados.

Firma del Padre/Guardián:

Fecha: