



Child and Family Development Programs

Early Head Start/Head Start/State Pre-K

225 Westridge Drive, Watsonville, CA 95076

Office: (831) 724-3885/(831)688-3802 Fax: (833)204-4892 Email: ERSEAIntakeApplication@EncompassCS.org

Gracias por su interés en nuestro programa de Mujeres Embarazadas. Nuestro programa de alta calidad de Mujer Embarazada está disponible para las mujeres que viven en el condado de Santa Cruz. Para calificar para nuestro programa tiene que tener ingresos elegibles o ser automáticamente elegible.

Si usted tiene alguna pregunta acerca la aplicación o documentos requeridos, o necesita ayuda para llenar esta aplicación, por favor déjenos saber. **¡Estaremos encantados de ayudarle!**

Ingresos Elegibles

- Su familia es elegible si su ingreso cumple con las guías federales de pobreza del año actual.

Categoricamente (automáticamente) Elegible

- Si está recibiendo beneficios o servicios a través del Programa de Asistencia Monetaria/CalWORKs/TANF **O**
- Un miembro de la familia que vive en el hogar está recibiendo Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) **O**
- La familia se considera sin hogar (*en acuerdo con la definición del Acto McKinney-Vento Homeless*).

Documentos Requeridos Para Determinar Elegibilidad

Por favor entregue su **aplicación completa** con copias de los siguientes documentos (*no se regresaran los documentos*):

- **Documentos de ingresos:** Los documentos deben incluir todas las fuentes de ingresos recibidos por usted y su esposo/pareja (*para más información detallada vea a la sección de Elegibilidad en la aplicación*).
- **Verificación de Embarazo:** *Carta del doctor y/o copia del ultrasonido*

(Nota: Su aplicación no será procesada sin los documentos anotados arriba)

Sometiendo su Aplicación

Toda la información se mantendrá confidencial. La información que nos proporcione nos ayudará a determinar si su familia es elegible para uno de nuestros programas de desarrollo infantil y para priorizar (*utilizando nuestro sistema de puntuación*) su colocación en la lista de espera.

Usted puede entregar su aplicación en persona o mandarla por correo a la dirección anotada arriba. Nuestro personal de Admisión se comunicará con usted con respecto a su aplicación.



Child & Family Development Programs

Early Head Start/Head Start/State Pre-K

225 Westridge Drive, Watsonville, CA 95076

Office: (831)724-3885/(831)688-3802 Fax: (833)204-4892 Email: ERSEAIIntake@EncompassCS.org

**APLICACIÓN DE MUJER EMBARAZADA
(Confidencial)**

¿COMO ESCUCHO DE NUESTRO PROGRAMA (✓)?					
<input type="checkbox"/> Amigo o Familiar	<input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria	<input type="checkbox"/> Evento Comunitario	<input type="checkbox"/> Publicidad Imprenta	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro: _____

INFORMACIÓN DE MUJER EMBARAZADA					
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	¿Idioma que habla en casa?		
Dirección del hogar:		Ciudad/Código Postal:			
Dirección de Correspondencia:		Ciudad/Código Postal:			
# de Teléfono del Hogar:	# del Celular:	Correo Electrónico:			
<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Viuda	Oficio:
¿Está actualmente en el Servicio Militar de los Estados Unidos?		¿Es usted un empleado de la Agencia Comunitaria Encompass (✓)?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si, sí, ¿para cual programa?</i>			
¿Es usted pariente de un empleado de esta agencia (✓)?		¿En qué idioma prefiere los materiales escritos (✓)?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si, sí, ¿quién?</i>		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español			

INFORMACIÓN DE SU ESPOSO/PAREJA			
Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	¿Idioma que habla en casa?
Dirección del Hogar:		Ciudad/Código Postal:	
Dirección de Correspondencia:		Ciudad/Código Postal:	
# de Teléfono del Hogar:	# de Celular:	Correo Electrónico:	
Oficio:		¿Está actualmente en el servicio militar de los Estados Unidos?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un empleado de la Agencia Comunitaria Encompass (✓)?		¿Es usted pariente de un empleado de esta agencia (✓)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si, sí, ¿para cual programa?</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si, sí, ¿quién?</i>	

TAMAÑO DE FAMILIA			
Por favor anote a todas las personas que viven en el hogar que son sostenidos con los ingresos de usted y/o su esposo/pareja (<i>no se anote a usted o su esposo/pareja</i>) (<i>si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel</i>).			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con usted	Vive en el hogar (si/no)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
¿Número de personas que viven en su hogar (incluyéndose a usted mismo) a quien usted sostiene financieramente?			<input type="text"/>

VERIFICACIÓN DE EMBARAZO

¿Está recibiendo cuidado prenatal? (✓): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Numero de meses de embarazo:	Fecha de dar a luz:
Nombre de ginecólogo/clínica:	Nombre del dentista:	
¿Tiene cobertura de salud Medi-Cal (✓)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene cobertura de seguro médico privado (✓)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Estás bajo el cuidado médico por alguna de las razones siguientes (✓)? <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Está actualmente recibiendo servicios de Visitas del Hogar de otro programa (✓)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, sí ¿cuál?		

CIRCUMSTANCIAS FAMILIARES

Por favor de (✓) marcar los eventos que le han ocurrido a su familia en los últimos 2 años.

Muerte en la Familia Enfermedad grave en la familia Divorcio/Separación Despliegue militar Falta de Vivienda

Encarcelamiento de padre/guardián Otro, por favor explique: _____

¿Fue referido a nuestro programa? (✓) Sí No ¿Si, sí, por quién? (✓): Doctor/clínica Enfermero de Salud Pública Side-by-Side

Consejero/terapista PVUSD-Cal-SAFE Distrito Escolar Programa Papá's CPS Otro: _____

PREGUNTAS SOBRE LA ELIGIBILIDAD DE INGRESOS

¿Está 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 de la ayuda)
Si, sí, incluya documentación que actualmente está recibiendo beneficios de TANF.

¿Está usted o alguien en su familia actualmente recibiendo Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) (✓)? Sí No
Si, sí, incluya documentación que usted o alguien en su familia está recibiendo beneficios de SSI.

¿Está usted y su familia actualmente sin vivienda (✓)? Sí No
(viviendo temporalmente en vivienda de transición, los refugios, hoteles o vehículos, o moviendo con frecuencia entre la casa de familiares y amigos) Se le puede pedir que proporcione verificación de que usted está recibiendo los servicios de personas sin hogar.

¿Recibe ingresos de empleo (✓)? Sí No
(Reporte de impuestos (forma 1040), W2, talones de cheque o carta del empleador.
Si, sí, adjunte copias de los documentos que recibió en el último año o en los últimos 12 meses.

Día de pago de usted (✓): <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces por Mes <input type="checkbox"/> Mensual	Día de pago de su esposo/pareja(✓): <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces por Mes <input type="checkbox"/> Mensual
--	--

FIRMA DE LA APLICANTE

Certifico que toda la información en esta aplicación y los ingresos proporcionados son correctos. Entiendo que si se da información falsa, mi solicitud puede ser descalificada o los servicios pueden ser discontinuados.

Firma: _____

Fecha: _____