



## Aplicación para Matriculación para Head Start de Temprana Edad Prenatal hasta edad de Tres Años



82 21<sup>na</sup> Avenida, Suite B  
Longmont, CO 80501  
303-776-8523

El Head Start de Temprana Edad es un programa centrado en la familia que ofrece apoyo en las áreas de desarrollo, cuidado del niño/a, servicios sociales y de salud para la mujer embarazada, a niños desde la infancia hasta la edad de tres años y a sus familias. El programa de Head Start de Temprana Edad ofrece dos (2) opciones:

- 1- provee servicios por medio de una Educadora Familiar que le hace una visita de 90 minutos en su hogar semanalmente por 48 semanas. Usted debe de ser elegible por ingresos.
- 2- provee servicios desde una guardería asociada así como por medio de visitas a su hogar por parte de una Educadora Familiar dos veces al mes. Para calificar usted debe de ser elegible por ingresos y los padres deben de estar trabajando o en la escuela tiempo completo.

Ambas opciones del Programa ofrecen oportunidades para familias para que tomen parte en actividades de socialización dos veces al mes. Si usted tiene preguntas sobre el programa de Head Start de Temprana Edad por favor llame al 303-776-8523.

Todas las aplicaciones serán procesadas y situadas (según nuestro sistema de puntos) para poder identificar a los niños con mayor necesidad. Aplicaciones no serán consideradas para ser procesadas al menos de que se entreguen los siguientes documentos:

Por favor incluya copias de los siguientes documentos con su aplicación:

1. Acta de Nacimiento del Niño/a (para verificar la edad)
2. Comprobante de todas las formas de ingresos (para poder determinar si es elegible)
  - (Ejemplos: talones de cheques, forma 1040 de impuestos, comprobante de asistencia pública TANF, Social Security, W-2's, SSI, manutención de sus hijos, etc.)
  - Forma de Comprobación de Empleo (si le pagan en efectivo, pídale en la oficina)

Usted puede entregar su aplicación o mandar su aplicación completa por correo con todo lo requerido a:

Wild Plum Center for Young Children and Families  
82 21<sup>st</sup> Avenue, Suite B  
Longmont, CO 80501  
303-776-8523

Office Use Only

\_\_\_\_\_ Program Year

\_\_\_\_\_ Age in Months

\_\_\_\_\_ Option 1

\_\_\_\_\_ Family Educator

\_\_\_\_\_ Enrollment Date

\_\_\_\_\_ Option 2

\_\_\_\_\_ Room Assignment

\_\_\_\_\_ Enrollment Date

Date Received: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

**Ciruela Silvestre**

**Centro Para Niños de Temprana Edad y Familias**

**82 21<sup>st</sup> Ave., Suite B Longmont, CO 80501**

**Teléfono (303) 776-8523 Fax (303) 485-9682**

**Aplicación de Matriculación de Prenatal hasta 3 años**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Le dicen: \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_\_\_ Niña \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Primer idioma del niño/a: \_\_\_\_\_ segundo: \_\_\_\_\_

Grupo Étnico:

- Indo-Americano       Afro-Americano       Anglo-Americano       Hispano/Latino  
 Asiático       Multirracial/Multicultural       Otro \_\_\_\_\_

Esta usted aplicando para: \_\_\_\_\_ Opción 1 servicios por medio de una Educadora de Familia o  
 \_\_\_\_\_ Opción 2 servicios por medio de una guardería

Quien tiene custodia legal del niño(a)? \_\_\_\_\_

(Favor de proveer documentos legales si no vive con los padres)

Dirección donde vive: \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe correo: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian 1
Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Relación al Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre de Crianza
Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa
Vive con el niño/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Actualmente Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (34.5 o mas cada semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 34.5 cada semana) Donde Trabaja?: _____
Actualmente esta estudiando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Donde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo
Hasta que año escolar estudio? _____

Padre/Guardian 2
Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Relación al Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre de
Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa
Vive con el niño/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Actualmente Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (34.5 o mas cada semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 34.5 cada semana) Donde Trabaja?: _____
Actualmente esta estudiando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Donde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo
Hasta que año escolar estudio? _____

Mamá esta actualmente embarazada?  No  Si, cual es la fecha del parto \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Casados    \_\_\_\_\_ Divorciados    \_\_\_\_\_ Separados    \_\_\_\_\_ Soltero    \_\_\_\_\_ Viviendo Juntos

Los padres tienen historial de: (marque todos los que apliquen)

\_\_\_\_\_ Abuso de drogas o alcohol    \_\_\_\_\_ Violencia domestica    \_\_\_\_\_ Depresión o problemas emocionales    \_\_\_\_\_ Encarcelación

**El numero de personas que viven en la casa y que son mantenidos por los ingresos de el padre/guardián:**  
Numero de niños \_\_\_\_\_ numero de adultos \_\_\_\_\_ numero total de los que viven en casa \_\_\_\_\_

**Esta viviendo el niño bajo algunas de las circunstancias siguientes?:** (marque todos los que apliquen)

- \_\_\_\_\_ Sin Hogar, por cuanto tiempo \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ Viviendo en un motel, campamento, o albergué por perdida de su vivienda
- \_\_\_\_\_ Comparte vivienda con otras personas debido a la perdida de su vivienda o dificultad económica .
- \_\_\_\_\_ Viviendo en refugios de emergencia o de transición o
- \_\_\_\_\_ Falta de residencia adecuada de noche.

**Tiene preocupaciones de salud, de desarrollo o del comportamiento de su niño(a)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Cuáles son las preocupaciones? \_\_\_\_\_

**Le han negado servicios do alguna otra agencia, como por ejemplo CIP, GENESIS, o el NFP, etc?** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Como se entero de nuestro programa?** \_\_\_\_\_

*Yo, el candidato, afirmo que todo lo que hemos llenado, y el ingreso que hemos reportado es verdad.  
Entiendo que si mi niño(a) es aceptado en la programa con información falsa de ingresos o incompleta, mi  
niño(a) puede perder el lugar en la programa.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha