

**Longmont Children's Council**  
**"Un Programa de Head Start"**  
82 21<sup>st</sup> Ave., suite B  
**Longmont, CO 80501**  
303-776-8523

**Aplicación de Matriculación para Head Start**

Para calificar para Head Start necesita cumplir con las siguientes condiciones:

**1. Edad**

- Para calificar para las clases de los niños de 3 años, su niño necesita cumplir 3 años antes del 1 de octubre del año escolar para el que esta aplicando.
- Para calificar para las clases de los niños de 4 años, su niño necesita cumplir 4 años antes del 1 de octubre del año escolar para el que esta aplicando..

**2. Ingresos**

- Los ingresos de la familia necesitan estar bajo el nivel de pobreza de acuerdo con el gobierno federal.
- Es posible para niños con necesidades especiales calificar aunque los ingresos excedan el nivel de pobreza.

**Con esta aplicación necesitamos estos dos documentos:**

**1. Comprobante de Ingresos**

- a) Copia de sus formas del Impuestos (Income Taxes) del año pasado.
- b) Los dos últimos talones de cheques
- c) Algún comprobante que recibe asistencia publica:  
-Carta de Servicios Sociales mostrando la cantidad que recibe por medio de TANF  
  
-Carta de Seguro Social que mostrando la cantidad que recibe.

**2. Acta de Nacimiento** (para verificar su edad).

Si usted no nos puede traer cualquiera de estos documentos podemos aceptar una Forma de Comprobación de Ingresos de Longmont Children's Council solamente puede pedir esta forma en la oficina principal en la oficina localizada en 82 21na Avenida en Longmont, CO 80501.

*Es muy importante que incluya con esta aplicación estos dos documentos, porque si no los incluye, no vamos a considerar su aplicación y por favor asegúrese de llenar la aplicación completamente!!!*

*Hacemos cada esfuerzo de procesar las aplicaciones dentro de 2 semanas pero por favor permítanos hasta 1 mes antes de contactarnos con respecto a la aplicación de su niño/a.*

Received By: \_\_\_\_\_ On: \_\_\_\_\_

**Longmont Children's Council (un Programa de Head Start)**  
82 21<sup>st</sup> Ave., Suite B  
Longmont, CO 80501  
(303) 776-8523

***Aplicación de Matriculación***  
(Favor de escribir con letra de imprenta)

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

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

Dirección Donde Vive el Niño(a): \_\_\_\_\_

Niño(a) Vive Con: \_\_\_\_\_

Esta usted:

\_\_\_ Sin hogar

\_\_\_ Vive en un hotel, motel, campamento o un albergue por falta de un hogar.

\_\_\_ Comparte vivienda con otras personas debido a la perdida de su vivienda o dificultad económica.

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

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

Contacto Alternativo o Mensaje \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_  
(aparte de los padres)

Grupo Étnico (Opcional): \_\_\_ Indo-Americano \_\_\_ Afro-Americano \_\_\_ Anglo \_\_\_ Blanco  
\_\_\_ Asiático \_\_\_ Hispano \_\_\_ Otro/Mezcla \_\_\_\_\_

Idioma que habla el Niño(a): \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Habilidad del niño para hablar Inglés: \_\_\_ Muy bien \_\_\_ Bien \_\_\_ No habla bien \_\_\_ No habla nada

Idioma que hablan los padres: \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Habilidad de los padres para hablar Inglés: \_\_\_ Muy bien \_\_\_ Bien \_\_\_ No habla bien \_\_\_ No habla nada

**Información de Los Padres/Guardián**

Nombre de Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ultimo Año Escolar Completado: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ultimo Año Escolar Completado: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_ Casados \_\_\_ Divorciados \_\_\_ Separados \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Viviendo juntos

Tiene Ud. preocupaciones de la salud, el desarrollo o el comportamiento de su niño(a)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Cuáles son los preocupaciones? \_\_\_\_\_

Cómo se dio cuenta de Head Start? \_\_\_\_\_

**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 de Head Start con información falsa de ingresos o incompleta, mi niño(a) puede perder el lugar en la programa.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Información de los ingresos de la Familia

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_

Por favor nombre todos los niños que viven en la casa y son sustentados con los mismos ingresos que el niño(a).

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al niño(a)	Idioma del niño(a)	Tiene Ingresos
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No
_____	_____	_____	_____	__ Si __ No

Numero Total de Miembros en la Familia \_\_\_\_\_

### Uso Para la Oficina Solamente

#### ELIGIBILITY WORKSHEET

**Age Verification:**

\_\_\_\_ Birth Certificate  
 \_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ 3 yr old      \_\_\_\_ 4 yr old

**Income Verification:**

Check one or more

\_\_\_\_ Pay Stubs (latest)  
 \_\_\_\_ TANF  
 \_\_\_\_ Supplemental Social Security Income  
 \_\_\_\_ Unemployment Benefits  
 \_\_\_\_ Income Tax Form for year \_\_\_\_\_ Adjusted Gross Income \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Other, Specify \_\_\_\_\_

Comments:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Income (List by family member)**

Family Member	Pay Check Stub Total Gross amount	Average Total	Multiply (x) by	Annual Family Income
---------------	--------------------------------------	---------------	-----------------	----------------------

A.	1. \$ _____ + 2. \$ _____ =	Divide pay stub total by the number of pay stubs  Avg. total:	____ 52 (weekly) ____ 26 (every 2 weeks) ____ 24 (twice a month) ____ 12 (monthly)	\$
B.	1. \$ _____ + 2. \$ _____ =	Divide pay stub total by the number of pay stubs  Avg. total	____ 52 (weekly) ____ 26 (every 2 weeks) ____ 24 (twice a month) ____ 12 (monthly)	\$

% of poverty level \_\_\_\_ At or below 100%    \_\_\_\_ Between 100-130%    \_\_\_\_ Over Income

Family Income has been verified by: \_\_\_\_\_ Date Verified \_\_\_\_\_  
 (Staff Signature)

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

# Longmont Children's Council

## Información de Transportación y Cuidado del Niño

(Todos necesitan llenar esta forma)

Nombre de Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Head Start está pidiendo que todas las familias provean transporte para sus niños antes de y después de clase. Al transportar a su propio niño/a le ayuda a establecer una buena comunicación con la maestra y involucrarse en la educación de su niño/a.**

**Por favor marque si puede o no puede proveer transporte.**

\_\_\_\_\_ Padre o niñera puede proveer transporte a la escuela y a la casa.

\_\_\_\_\_ No puedo proveer transporte, necesito una oja para el camión. Esta oja se le dara con el paquete de matriculación si su niño/a es aceptado.

Si no es posible que los padres transporten sus niños, nosotros haremos todo lo que puédanos para ayudar, pero no podemos garantizar transportación para todos los niños.

### Lista de los Sitios

Tenemos 4 sitios diferentes. El sitio donde su niño/a asistirá dependerá de el cupo y de el transporte.

Edificio Powell  
82 21na Avenida Suite B  
Longmont, CO 80501

Primera Iglesia Metodista  
350 Once Avenida  
Longmont, CO 80501

Casa de la Esperanza  
1520 Sur Emery St  
Longmont, CO 80501

Meeker Neighborhood Center  
839 Meeker St.  
Longmont, CO 80501

### Información del Cuidado del Niño/a:

Hay alguien que no sean los padres que cuida al niño(a) durante el día? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
\_\_\_\_\_ centro de guardería \_\_\_\_\_ un pariente \_\_\_\_\_ no es pariente

Si su respuesta es si, especifique el nombre, dirección, y las horas que su hijo/a asiste ahí:

\_\_\_\_\_

Cual es la probabilidad de que la información este sujeta a cambiar en los próximos 6 meses?

\_\_\_\_\_ muy probable \_\_\_\_\_ algo probable \_\_\_\_\_ no es probable

**Es muy importante que incluya con esta aplicación estos dos documentos, porque si no los incluye, no vamos a considerar su aplicación y por favor asegúrese de llenar la aplicación completamente!!! Hacemos cada esfuerzo de procesar las aplicaciones dentro de 2 semanas pero por favor permítanos hasta 1 mes antes de contactarnos con respecto a la aplicación de su niño/a.**