

## Woonsocket Head Start Child Development Association, Inc. Solicitud y formulario de admisión

Head Start es un programa comprensivo en el desarrollo del niño, ofrecido como educación de salud y servicios sociales como también oportunidades de involucramiento de padres de bajo ingreso pre-escolar y sus familias. Niños son examinados en visión, oído, comportamiento y desarrollo y proveer oportunidad educacional basada en sus necesidades individuales. Niños con incapacidad son bienvenidos y son integrados en un programa regular con servicios especiales ofrecidos según sus necesidades. Buen-balanceado, nutricional desayuno y almuerzo son parte de la experiencia del niño en Head Start. No proveemos la transportación, pero asistencia con encontrar transportación a través del RIPTA, Flex Van, el departamento de escuela y apropiada conexión con otros padres es disponible si necesita.

Aunque aplicaciones son tomadas alrededor de todo el año, el periodo de activo de reclutamiento es en la primavera para la siguiente inscripción de tono. Durante el periodo activo de reclutamiento, una vez completada la aplicación y recibida las familias son contactadas para una selección de entrevista en sus hogares. Durante esta entrevista una fijación familiar es completada el ingreso y edad del niño es verificado.

Inscripciones en Head Start son basadas en el ingreso de la familia, edad del niño y selección de criterio relacionado con la familia y necesidades del niño. El ingreso de la familia tiene que encontrarse en la Guía de Pobreza Federal establecida por el Gobernador. Niños tienen que tener 3 años para Septiembre 1 para ser considerado y inscribirse, niños que tienen 4 años para Septiembre 1 se les dará prioridad. Porque nosotros tenemos un número limitado de espacio y no podemos inscribir todo el que aplique, niños que no son inmediatamente aceptados dentro del programa son puestos en lista de espera y seleccionados para llenar vacantes según ellas ocurran. Todas las aplicaciones son prioridad basada sobre el sistema selección de criterio.

Cuando la aplicación llegan después de Septiembre su ingreso y la edad del niño tienen que ser verificados y la información es cogida de la aplicación para categoría en la lista de espera. Por favor incluya pruebas de ingreso y edad del niño con la aplicación para propósitos de verificación.

Woonsocket Head Start Child Development Association, Inc. No discrimina en la base de raza, color, origen nacional, sexo o discapacidades. En adición, a la falta de destrezas del lenguaje inglés no es una barrera para ingreso y participación en Head Start

*Su niño no será puesto en lista de espera, si no se incluye prueba de ingreso.*

<b>Woonsocket Head Start Child Development Association, Inc.</b>		
<b>204 Warwick Street</b>	<b>350 Newland Avenue</b>	<b>2 Bourdon Boulevard</b>
<b>Woonsocket, RI 02895</b>	<b>Woonsocket, RI 02895</b>	<b>Woonsocket, RI 02895</b>
<b>769-1850</b>	<b>766-0112</b>	<b>767-1018</b>
<a href="mailto:ps@whscda.org">ps@whscda.org</a>	<a href="mailto:cp@whscda.org">cp@whscda.org</a>	<a href="mailto:bb@whscda.org">bb@whscda.org</a>

Por favor llamar si usted tiene alguna pregunta.



**WOONSOCKET HEAD START CHILD DEVELOPMENT ASSOCIATION, INC.**

Centro preferencia: *Park Square Cent*  769-1850

*Cass Park Center*  766-0112

*Bourdon Blvd. Center*  767-1018

Sin preferencia

**Aplicacion de Head Start**

<b>NINO</b> <input type="checkbox"/> 4 year old 9-2-06 / 9-1-07		<input type="checkbox"/> 3 year old 9-2-07 / 9-1-08	
Apellido legal de niño:		Nombre legal de niño:	
		Fecha de nacimiento:	
		Genero: [ ] M [ ] F	
Direccion del niño		Apt.	Lenguaje Primario
			Lenguaje Secundario
Tiene su niño algun problema medico: [ ] Alergias [ ] Asma [ ] Plomo alto			
[ ] Otro			
Tiene su niño algun diagnostico de incapacidad?: [ ] Si [ ] No			
Si es asi, marca lo que aplica: [ ] Conducta [ ] Lenguaje [ ] Oido [ ] Vision [ ] Retraso			
Explicacion:			
Dia del diagnostico: _____ Fuente(marca uno): [ ] Medico [ ] CDC [ ] departamento de escuelas [ ] El			
Sospecha algun retraso? (Cual?)			
Es su niño de crianza? [ ] Si [ ] No			
Esta su niño atendiendo un Head Start, escuela preparatoria o programa de cuidado? [ ] Si [ ] No			
Donde?			
<b>Como escucho usted del Head Start?</b>			
<b>Contacto de emergencia ademas de los padres para informacion en esta aplicacion:</b>			
Nombre		Telefono:	
<b>PADRES</b>	Apellido primario del tutor or padre	Apellido secundario del tutor o padre	
Nombre:		Vive en el hogar? si no	
Fecha de nacimiento:			
Telefono del hogar:			
Telefono celular:			
Telefono trabajo:			
*Que raza/etnico usted considera su persona que es?	[ ] Blanco/Anglo [ ] Negro/Americano Africano [ ] Nativo Americano [ ] Asiatico [ ] Latino/Hispano	[ ] Blanco/Anglo [ ] Negro/Americano Africano [ ] Nativo Americano [ ] Asiatico [ ] Latino/Hispano	
Marcar todo lo que aplica	[ ] Multiple raza o otro (especifique) _____	[ ] Multiple raza o otro (especifique) _____	
Lenguaje primario			
Lenguaje secundario:			
Qual es su situacion de empleo (Marcar uno)	[ ] tiempo completo [ ] mitad de tiempo [ ] estacional [ ] retirado [ ] incapacitado [ ] desempleado [ ] escuela/adiestramiento	[ ] tiempo completo [ ] mitad de tiempo [ ] estacional [ ] retirado [ ] incapacitado [ ] desempleado [ ] escuela/adiestramiento	
Ingreso/Salario:	Cantidad \$ _____ [ ] semanal [ ] cada 2 semanas [ ] mensual	Cantidad \$ _____ [ ] semanal [ ] cada 2 semanas [ ] mensual	
Inscribir en la escuela	Donde?	Donde?	
Por favor listar <b>otros</b> miembros de la familia. ( <b>NO</b> incluir esos ya listados arriba)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relacion con el niño	
<b>Office Code:</b>	<b>SOBRE</b>		

Con cual agencias esta usted presentemente trabajando con?  
 Family Resources Community Action  DHS  Centro salud mental \_\_\_\_\_  
 CCF  Departamento Escolar  FCCP  DCYF  CEDARR  
 Otro \_\_\_\_\_

Hay alguna necesidad especifica o crisis (marca todo lo que aplica)?  
 Sin hogar  Otra crisis familiar  Violencia domestica  
 abuso de ninos  Salud mental  Abuso de sustancias  Otra

Esta usted presentemente recibiendo TANF/FIP (asistencia de dinero, etc.)  Si  No  
 Cuanto\$ \_\_\_\_\_

Algun miembro familiar viviendo en el hogar recibe Seguro Social?  Si  No  
 Cuanto\$ \_\_\_\_\_  
 Si es asi, por favor escribir sus nombres y relacion con el nino:

Esta usted actualmente recibiendo alguna de los siguientes servicios en bases regular (marque todo lo que aplica)?  
 estampilla de cupones  Rlte Care  WIC  
 subsidio de nino Numero de certificacion: \_\_\_\_\_

**\*Esta informacion es para proposito estadisticos (marque todo lo aplica):**  
 Nacionalidad del nino:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  
 Raza del nino:  Blanco  Negro  Asiatico  Nativo Americano  Otro

Por favor usar boligrafo:  
**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Quien te ayudo a llenar la aplicacion?  
 Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

1. Family size for income: \_\_\_\_\_ Child's date of entry: \_\_\_\_\_

2. Income verified? Y N by \_\_\_\_\_

Explanation of No Income: Yes  No  \$0.00

W-2 (S) \$ _____	<input type="checkbox"/> Annually \$
Tax Return (1040) \$ _____	<input type="checkbox"/> Annually \$
Check stub \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
Letter \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
DHS/FIP \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
Child Support \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
SSI/SSDI \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
Unemployment \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$
Other _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually \$

Income below federal poverty guidelines  Foster status verified  (Categorically eligible)

Homeless status verified  (Categorically eligible) Public Assistance verified  (Catagorically eligible)

Birth verified? Y N by:  Birth Certificate  Medicaid Card  Other

Total eligibility income \$ \_\_\_\_\_ Total Annual Income = \$ \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ **Income Eligible**  Yes  No

Signature of Family Services Approval: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Revised: April 2011