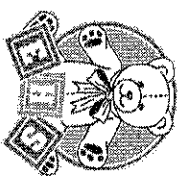


NORTH TEXAS PARENT AND CHILD DEVELOPMENT, INC.  
EARLY HEAD START

Empoderarando a los niños y las familias a través de la educación

500 Flood St. Wichita Falls, TX 76301  
Ph: 940.687.5437 Fax: 940.687.0800

SOLICITUD PARA NIÑOS



Somos un centro de educación temprana para niños y familias.

Servimos a niños de cero a tres (0-3) años de edad y mujeres embarazadas.

Para participar en nuestro programa, las familias deben calificar en base a las **pautas**

**federales de pobreza** que aparecen a continuación o;

Si usted es un **padre adoptivo**; o **esta sin hogar**; o recibe **SSI / TANF**

Su familia califica automáticamente para nuestros servicios.

Nosotros ofrecemos servicios de **salones** y servicios a **domicilio**.

Por favor pregunte al personal qué opción es mejor para su familia.

Gracias por su interés en nuestro programa. Esperamos poder servirle.

**POR FAVOR, PROPORCIONE LOS DOCUMENTOS CON SU SOLICITUD COMPLETA**

NIÑO:

PADRES:

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| — Acta De Nacimiento                  | — | Prueba de Elegibilidad   |
| — Tarjeta de seguro medico (Medicaid) |   | (Ingresos, SSI/TANF, Documento Sin Hogar, Documento de Padre Adoptivo) |
| — Registro de Vacunas reciente        | — | Identificación/Matricula   |
|                                       | — | Copia de Admision a la escuela (si corresponde)                        |

**NO SE ACEPTARÁ SOLICITUD SI FALTA DOCUMENTACION**

**2017 PAUTAS FEDERALES DE POBREZA**

Personas en familia/hogar	Pauta de pobreza
1	\$12,060
2	16,240
3	20,420
4	24,600
5	28,780
6	32,960
7	37,140
8	41,320

Para familias/hogar con mas de 8 personas agregue \$4,180 por cada persona adicional.

## EARLY HEAD START

### CRITERIA DE SELECCION (PUNTOS)

- 20 points: Child's age 0-11 months
- 15 points: Child's age 12-20 months
- 10 points: Child's age 20-29 months
- 5 points: Child's age 30-36 months
- 50 points: Family Income below Poverty Guidelines
- 50 points: Family is currently receiving TANF or SSI (supplemental security income)
- 10 points: Within 130% of Poverty Guidelines
- 200 points: Child in Foster Care-Shelter (CPS has conservatorship) \*must have documentation\*
- 180 points: Child in Foster Care Home or Kinship Placement (CPS conservatorship)\*must have documentation\*
- 500 points: Family is Homeless-lives in public places \*must complete Homeless Verification Form\*
- 300 points: Family is Homeless-lives with others \*must complete Homeless Verification Form\*
- 40 points: Diagnosed Disability- Current IFSP or IEP
- 10 points: Previously diagnosed disability
- 5 points: Suspected Disability-
- 10 points: Child has obvious medical need
- 15 points: Child on waitlist previous year
- 15 points: Child previously enrolled in an Early Head Start Program
- 15 points: Child's primary language is not English
- 100 points: Non-parent Caregiver
- 30 points: Family Preservation – open CPS case
- 10 points: Two Parent Home
- 20 points: Two parents working and/or in school/training
- 20 points: Single Parent Home
- 10 points: One parent working and/or in school/training
- 10 points: Currently a Teen Parent
- 10 points: Family has 3 or more children
- 10 points: Pregnancy/Expectant Family
- Stressors (2 points each) (choose all that apply)**
  - Lack of transportation (family does not have private vehicle)
  - CPS Intervention (not an open case)
  - Family living with relatives
  - Education level below 12<sup>th</sup> grade
  - Teenage parent (when Early Head Start child was born-between 13-19)
  - Migrant Family (family has moved several times in the past 12 months/seasonal/agricultural work)
  - Parent Deployed
  - Parent Disability
  - Sibling Disability
  - Recent Relocation (within 6 months)
  - Recent Unemployment (within 6 months)
  - Working and in School (Including GED Classes, Vo Tech, College)
  - Parent Incarcerated
  - Referred by another agency

STAFF USE ONLY:

Staff Accepting Application

Initial \_\_\_\_\_

## Aplicación para Niño

### Soliciéndonos que solicite los servicios

Primero Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo

M /  F

Raza

<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro Idioma	<input type="checkbox"/> Dominio del Idioma
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Las Islas de Pacifico	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Pobres
<input type="checkbox"/> Blanco	Otro : _____	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
			<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Competente

Cobertura Primaria de Salud Otra Cobertura de Salud Seguros # Medicaid # Medico Dentista

No son elegibles  
 En Medicaid  
 Potencialmente elegibles

### Adulto (Adulto Primera)

Primera Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo

M /  F

Raza

<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro Idioma	<input type="checkbox"/> Dominio del Idioma
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Las Islas de Pacifico	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	Otro : _____	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
			<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Competente

Grado Mas Alto Completado Situación Laboral Relación Custodia Marque las que correspondan

<input type="checkbox"/> < 9 <sup>th</sup> Grado	<input type="checkbox"/> Ed. Superior	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 + hrs)	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Paso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la familia
<input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup>	<input type="checkbox"/> Asociados	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y de Formación	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Proveer
<input type="checkbox"/> 11th	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (-35 hrs)	<input type="checkbox"/> Sobrino/ Sobrina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> financieramente
<input type="checkbox"/> Diploma de E.S.	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y de Formación	<input type="checkbox"/> Hijo de Crianza	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Viviendas de
		<input type="checkbox"/> De Formación	<input type="checkbox"/> Con Discapacidad		<input type="checkbox"/> Protección Oficial
		<input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Jubilados		<input type="checkbox"/> Padre Adolescentes

### Adulto 2 (Adulto Segundo)

Primera Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo

M /  F

Raza

<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro Idioma	<input type="checkbox"/> Dominio del Idioma
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Las Islas de Pacifico	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	Otro : _____	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
			<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Competente

Grado Mas Alto Completado Situación Laboral Relación Custodia Marque las que correspondan

<input type="checkbox"/> < 9 <sup>th</sup> Grado	<input type="checkbox"/> Ed. Superior	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 + hrs)	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Paso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la familia
<input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup>	<input type="checkbox"/> Asociados	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y de Formación	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Proveer
<input type="checkbox"/> 11th	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (-35 hrs)	<input type="checkbox"/> Sobrino/ Sobrina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> financieramente
<input type="checkbox"/> Diploma de E.S.	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y de Formación	<input type="checkbox"/> Hijo de Crianza	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Viviendas de
		<input type="checkbox"/> De Formación	<input type="checkbox"/> Con Discapacidad		<input type="checkbox"/> Protección Oficial
		<input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Jubilados		<input type="checkbox"/> Padre Adolescentes

**Niño Adicional**  **ES ESTE NIÑO TAMBIÉN SEGURO SOLICITANDO LOS SERVICIOS?**  SI  NO

Primero Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo  
 M / F

Raza  Asiática  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Hispano  Ninguno  Pobres  Negro  Hawaiano/Las Islas de Pacifico  Poco  Moderada  Moderada  Competente  Blanco  Otro : \_\_\_\_\_  No-  Competente  Hispano

Origen Étnico Inglés Dominio Otro Idioma Dominio del Idioma

Cobertura Primaria de Salud Otra Cobertura de Salud Seguros # Medicaid Médico Dentista

No son elegibles  
 En Medicaid  
 Potencialmente Elegibles

**Niño Adicional**  **ES ESTE NIÑO TAMBIÉN SEGURO SOLICITANDO LOS SERVICIOS?**  SI  NO

Primero Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo  
 M / F

Raza  Asiática  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Hispano  Ninguno  Pobres  Negro  Hawaiano/Las Islas de Pacifico  Poco  Moderada  Moderada  Competente  Blanco  Otro : \_\_\_\_\_  No-  Competente  Hispano

Origen Étnico Inglés Dominio Otro Idioma Dominio del Idioma

Cobertura Primaria de Salud Otra Cobertura de Salud Seguros # Medicaid Médico Dentista

No son elegibles  
 En Medicaid  
 Potencialmente Elegibles

**Niño Adicional**  **ES ESTE NIÑO TAMBIÉN SEGURO SOLICITANDO LOS SERVICIOS?**  SI  NO

Primero Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo  
 M / F

Raza  Asiática  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Hispano  Ninguno  Pobres  Negro  Hawaiano/Las Islas de Pacifico  Poco  Moderada  Moderada  Competente  Blanco  Otro : \_\_\_\_\_  No-  Competente  Hispano

Origen Étnico Inglés Dominio Otro Idioma Dominio del Idioma

**Niño Adicional**  **ES ESTE NIÑO TAMBIÉN SEGURO SOLICITANDO LOS SERVICIOS?**  SI  NO

Primero Segundo Apellido Sufrío Apodo Cumpleaños Sexo  
 M / F

Raza  Asiática  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Hispano  Ninguno  Pobres  Negro  Hawaiano/Las Islas de Pacifico  Poco  Moderada  Moderada  Competente  Blanco  Otro : \_\_\_\_\_  No-  Competente  Hispano

Origen Étnico Inglés Dominio Otro Idioma Dominio del Idioma

SI USTED NECESITA MÁS ESPACIO PARA ALISAR A OTROS NIÑOS EN CASA, POR FAVOR PIDA PERSONAL PARA OTRA PÁGINA.

**Información de Familia**

Viven Dirección Apt# Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal Apt# Ciudad Estado Código Postal Condado

Números de Teléfono Tipo (Marque Uno) Nota (extensión, mejor hora para llamar)

<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Mensaje
<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Mensaje
<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Mensaje

Situación de los Padres (marque uno) Idioma Principal en Casa Familia sin Hogar?

<input type="checkbox"/> Un Padre	<input type="checkbox"/> Dos Padres	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Numero en Casa?	Numero in la familia?
-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------	-----------------------

Que agencia los refirió? \_\_\_\_\_ Hay algún padre encarcelado?  Si  No

Recibe servicios de ECI?  Si  No Retraso en el desarrollo?  Ninguno  Sospechoso/Diagnosticado

TANF SSI WIC SNAP

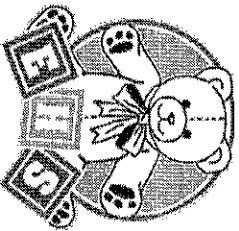
Si  No  Anteriormente  Si  No  Si  No  Si  No

Padre/Madre/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Annual Income	Document(s) Verified	Number in Family % of Poverty Level	Eligibility (Circle)
			0-100% / 100-130% / Public Assistance / Foster / Homeless

Income Verified by: (Signature & Title) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Notes:



## Verificación para Familias Sin Hogar

*Cualquier niño marcado sin hogar debe llenar este formulario.*



Nombre del niño : \_\_\_\_\_

De acuerdo con el artículo 725 (2) de la Ley de Asistencia a los Desamparados de McKinney-Vento, el término "niños y jóvenes sin hogar" significa individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada... y

**Marque la afirmación que mejor describe la situación de la familia:**

- (i) los niños y jóvenes que están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; Están viviendo en moteles, hoteles, parques de caravanas o campamentos debido a la falta de alojamientos alternativos; Viven en refugios de emergencia o de transición; Son abandonados en los hospitales; O están esperando la colocación del cuidado de crianza temporal; **300 puntos**
- (ii) a los niños y jóvenes que tengan una residencia nocturna principal que sea un lugar público o privado no diseñado para o habitualmente utilizado como alojamiento habitual para el ser humano. **500 puntos**
- (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de baja calidad, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; **500 puntos**

**Complete el siguiente:**

Circunstancias Familiares: Documentar las circunstancias que crearon la situación: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

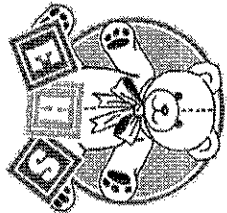
**Comprobación de la firma: Yo verifico que la información que he dado al programa Head Start es correcta y refleja con precisión las circunstancias descritas en este formulario de verificación. Entiendo que cualquier declaración falsa de información crítica podría resultar en la denegación de servicios para mi (s) hijo (s).**

Parent/Guardian Signature

Date

Early Head Start Staff Signature

Date



## Early Head Start Declaracion de No Ingresos (No Income Statement)

Child Name: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_ declaro que los ingresos de mi familia son \$0.00 basados en las razones dadas a continuacion:  
*(I, declare that my family's income is \$0.00 based on the reasons given below)*

**Razones** (Reason Given)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

The Early Head Start staff listed below has made every attempt to verify income by requesting information in accordance with standards.

*(El personal de Early Head Start que se menciona a continuación ha hecho todo lo posible por verificar los ingresos solicitando información de acuerdo con las normas)*

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
EHS Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha