

Mid-Cumberland CAA Head Start / Early Head Start

2018-2019 Application Aplicación

An Infant or Toddler, un bebé o bebé mayor
(Age 0-3 on 8/15/18)

A Preschool Child, Un Niño Pre-escolar
(Age 3-4 by 8/15/18)

Infant/ Toddler Early Head Start age 0-36 months (6 hours a day, with no fee) / Bebés y bebés mayores(6 horas por día, gratis)
Preschool Head Start age 3-4 (5 hours a day, for 9 months a year, with no fee) / Pre-escolar (5 horas por día por 9 meses, gratis)

Y or N

Applicant (Child) Last Name / Nombre del Niño/a Applicant (Child) First Name / Nombre del Niño/a Applicant (Child) Middle Name / Nombre del Niño

Mailing Address / Domicilio:

City / Ciudad:

State / Estado & Zip Code / Código Pos

Phone Contact #1: (Circle: Home, Cell, Work, or Message) / Dirección de Correo Electrónico: Other Contact Number / Otro # de Contacto
Contacto telefónico #: (Marque: casa, celular, trabajo o mensaje)

Family Status:

One Parent Household (Padre)

Mother / Madre

Y or N

Two Parent Household (Padres)

Children needing Child Care Outside of Head Start/ Early Head Start Hours (for referral to child care partners, where applicable) / Niños que necesitan cuidado infantil en un caso aplicable / horas que Head Start/ Early Head Start no está abierto (para referir a nuestros socios de cuidado infantil en un caso aplicable)

Need Child Care/ Necesita cuidado infantil:	Days / Días					Time/Hora:		Ages of the children needing care / Edades de los niños		
	M	T	W	TH	F	Start Time/ Hora que comienza:	1.	2.	3.	
Yes/Sí or No						End Time/ Hora que termina:	4.	5.	6.	

Date of Birth / Fecha de Nacimiento Y N

FAMILY SERVICES INFORMATION

INFORMACION SOBRE SERVICIOS PARA LA FAMILIA

Have any of your children attended Head Start before? (This child or a sibling) Yes No

Name of Child and Head Start location / Nombre del Niño y del Centro

Are you enrolled in:

Participa usted en estos programas:

School Escuela Y N

Families First:

Familias Primero:

Y N

Does the primary caregiver have a diagnosed disability? Y N If yes, please describe:

El padre/tutor principal del niño tiene una discapacidad diagnosticada? S N Si tiene, descríbalo por favor:

Primary caregivers of this child: If employed, where do you work? / Personas encargadas del cuidado de este niño, si trabajan, ¿dónde trabajan?

Is your family currently in need of emergency assistance or in a crisis situation? Y N If yes, please describe in detail below so we may help.

¿Está su familia actualmente en una situación de crisis, o necesita ayuda de emergencia? Favor de describir la situación para que podamos ayudarle.

MEDICAL INFORMATION

INFORMACION MEDICA

If no Health / Dental Insurance please state NONE. Si no tiene seguro de Salud/Dental, favor de escribir NINGUNO.

Name of Dental Insurance Provider / Nombre del Proveedor del Seguro

What type? & IEP/IFSP Date / ¿De qué tipo? & Fecha

REQUIRED DOCUMENTS DOCUMENTOS REQUERIDOS

Applications are incomplete without documentation and will not be accepted. Please attach the following to your application. You can drop your application off at the center, at which time we can make copies of your documentation for you.

Sin documentación, su aplicación queda incompleta y no será aceptada. Favor de agregar lo siguiente para completar su aplicación. Revise bien que haya entregado todos los requisitos. Puede traer la documentación por correo, o traerla al centro a la misma dirección, donde podemos hacer las copias de sus documentos y devolverle los originales..

Proof of Income for all adults listed on this application. Examples are check stubs; letters from government agencies such as the State Department of Social Services.

_____ Families First Recipients: Provide a copy of your Award Letter or child care certificate. Si recibe dinero de Familias Primero, necesita una copia de la Carta de Aprobación o certificado de guardería.

_____ Primary caregiver with diagnosed disability: Provide documentation from primary medical/ mental health provider or SSI document.

Application Processed by: (Staff Name) _____ on (Date) _ Center Location: