

Families and Children Together, Inc.

Aplicación para Early Head Start (EHS) / Head Start (HS) / Arkansas Better Chance (ABC)

LAS APLICACIONES NO SERÁN ACEPTADAS SIN COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. **Una forma de documentación legal para darnos la edad del niño:**
tal como un certificado de nacimiento, certificado del hospital o tarjeta de Medicaid/AR Kids.
2. **Verificación de Ingresos de casa de los últimos doce meses.**
Un mes de talones de cheques, Regreso de Texas, W-2s, TEA, SSI, Desempleo, SNAP, WIC etc. Ingresos de casa incluyen **todos** las maneras de soporte **de los últimos doce meses** de **todos** los miembros de casa que están relacionados con el niño/a.

Si el niño ha sido diagnosticado con una incapacidad, documentación que relate con esa incapacidad debe ser dada junto con esta aplicación. Vea la sección en la pagina 3.

Si su niño ha sido aceptado para inscribirse en uno de nuestros programas, usted será responsable a darnos la siguiente documentación:

1. **Certificado de nacimiento estatal o archive del hospital.**
2. **Archivo de vacunas**
Las vacunas deben estar al corriente según la edad de su niño.
Cheque con el medico de su niño o con la clínica de salud local.
3. **Tarjeta de Medicaid/AR Kids o Seguro Privado** si tiene una.
Aplicaciones para Medicaid son dadas solamente si la persona la pide.

Si tiene alguna pregunta o requiere información adicional, favor de contactarse con el coordinador del ERSEA al (870) 862-4545 o su centro local.

Programa al cual esta aplicando: **Center Based EHS & HS-** Su niño viene a nuestro centro
 Home Based Early Head Start- Nuestros maestras van a su casa.

Indique debajo adonde quiere que su niño sea puesto.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bearden HS/EHS/ABC | <input type="checkbox"/> Magnolia EHS | Home Based Options: |
| <input type="checkbox"/> Bradley HS | <input type="checkbox"/> Magnolia East HS/ABC | <input type="checkbox"/> Calhoun County EHS |
| <input type="checkbox"/> Camden HS/EHS/ABC | <input type="checkbox"/> McNeil HS | <input type="checkbox"/> Columbia County EHS |
| <input type="checkbox"/> Emerson HS | <input type="checkbox"/> Morning Star HS/EHS-EI Dorado | <input type="checkbox"/> Dallas County EHS |
| <input type="checkbox"/> Fairview HS/EHS-EI Dorado | <input type="checkbox"/> Nevada HS-Rosston | <input type="checkbox"/> Ouachita County EHS |
| <input type="checkbox"/> Fordyce HS/EHS | <input type="checkbox"/> Strong HS/EHS/ABC | <input type="checkbox"/> Union County EHS |
| <input type="checkbox"/> Hampton HS/EHS | <input type="checkbox"/> Taylor ABC | |
| <input type="checkbox"/> Hope HS | <input type="checkbox"/> West Woods HS/EHS/ABC-EI Dorado | |
| <input type="checkbox"/> Junction City HS/EHS/ABC | | |

***Limitado transportacion en autobus hay solamente en Bradley Head Start.
No hay transporte disponible para Early Head Start (programa para bebés y niños pequeños).***

Hay alguien en su casa esperando un bebe? Si No

Si es que si, favor de preguntar por una aplicación de Mama Embarazada

FACT, Inc. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

F.A.C.T., Inc. toma muchos factores en consideración para determinar la elegibilidad. En suma al nivel de ingresos y la edad de su niño, las necesidades de otros niños y familias son notadas. La siguiente información será usada para ayudar a determinar la elegibilidad y para familiarizarnos con su familia.

Aplicaciones serán evaluados usando un sistema de puntos y las personas con mas puntos serán elegidos primero.

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño (a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Jr., Sr., II	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso al NACER lbs oz
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria			Medicaid / Cobertura #		Social Security Number	
<input type="checkbox"/> AR Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno			# _____		# _____	

Como se entero de nosotros? un trabajador niño previamente inscrito familia/amigos Internet/sitio de web
 periodico radio otra agencia hermanos que asistieron de entrada palabra de boca

Adulto Principal

Dirección de correo electrónico: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Jr., Sr., II	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Padre asisten una escuela? Donde: _____
de horas por semestre: _____

Si no son los padres biológico, por favor proporcione la documentación de su custodia.

Adulto Secundario So'lo si viven en casa Dirección de correo electrónico: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Jr., Sr., II	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Padre asisten una escuela? Donde: _____
de horas por semestre: _____

Si no son los padres biológico), por favor proporcione la documentación de su custodia.

Escribe cada persona que viva en su casa

Nombre (Primero, Apellido)	Fecha de nacimiento	Relacion hacia el niño/a

Informacion General

Dirección de Residencia Línea 2 de la dirección Código Postal Ciudad Estado Condado

Dirección Postal (si es diferente) Línea 2 de la dirección Código Postal Ciudad Estado Condado

Número de Teléfono Nombre de Contacto Tipo (Llene uno)

_____ *Padre/Madre:* _____ Celular Hogar Trabajo
 _____ _____ Celular Hogar Trabajo
 _____ _____ Celular Hogar Trabajo

Estado de Padre/Madre (Llene uno) Lengua Principal en el Hogar Familia sin Hogar Familia Militar Veterano Militar Referido por Agencia del Bienestar Infantil

Uno Dos Sí No Sí No Sí No Sí No

INFORMACION DE EMPLEO: Liste el historial de empleo por los últimos doce meses de ambos padres y/ todos los guardas de el niño. **Usted debe escribir TODOS los lugares de empleo y pruebas de ingresos deben ser proporcionado por cada uno.**

Nombre (Nombre y Apellido)	Empleador	Dirección del Trabajo	Numero de Teléfono del Trabajo	Fechas de Empleado DESDE	A

OTROS DOCUMENTOS/ASISTENCIA PUBLICA: Favor de chequear si alguno de los miembros de familia recibe, o ha recibido cualquiera de los siguientes durante los pasados doce meses. **Prueba debe ser proporcionada con esta aplicacion.**

- Beneficios de Desempleo, fecha que comenzo a recibirlo:* _____
- SNAP** (food stamps)
- Supplemental Security Income (SSI)*
- TANF (TEA, Work Pays, Career Pathways)**
- WIC** Household ID # _____

MEDICO/DISCAPACIDAD/NECESIDADES ESPECIALES:

Tiene su niño alguna necesidad especial de los que nosotros debamos saber como:

- Asma
- ODD, OCD, ADHD
- Enfermedad del Oido
- Autismo
- Alergias Alimentarias
- Retraso en el desarrollo
- Enfermedad de la Vista
- Consulta del therapista
- Desorden del Habla
- Preocupaciones de comportamiento
- Enfermedad Ortopedica o limitacion fisica

Favor de describir las necesidades: _____

Liste las medicinas que su hijo toma: _____

Su niño recibe educacion especial o servicios relacionados (tiene un **IFSP** o **IEP**) y/o recibe tratamiento de un doctor/therapista por alguna de las necesidades listadas arriba? Si No

NOTA: Si el niño tiene una incapacidad dianosticada, documentacion relacionada a la incapacidad debe ser dada con esta aplicacion.

INFORMACION ADICIONAL SOBRE SU FAMILIA:

Tiene su familia alguna circunstancia especial o necesidad como:

- Situacion abusiva en casa (alcohol, drogas, abuso de niño o esposo/a)
- El Aplicante en un niño adoptado
- El Solicitante actualmente tiene un caso abierto de asistencia social para niños (Por favor de explicar:)

-
- El padre del niño esta actualmente encarcerado (en prisión/cárcel)
 - Domicilio temporal causado por perdida de casa o por la economía* **Por favor llene el Cuestionario de Residencia.**
 - Padres por primera vez
 - Padre/guardián tienen una incapacidad or una necesidad especial (Favor de describir: _____)
 - Padre/Guardián no tiene experiencia laboral o educacion formal (como clases para padres, talleres o cursos universtarios) en el cuidado de los niños
 - Padre/guardián esta desempleado (debido a la perdida de empleo o por no poder trabajar)
 - Muerte reciente en la familia (durante los ultimos 12 meses)
 - Otro, favor de explicar: _____
 - Nada

Niño actualmente o previamente a atendiendo un centro de cuidados para niños o escuela prescolar? Si No

Si es que si, donde: _____

Tiene niños actualmente atendiento: Head Start ABC Otro Programa Prescolar

¿Está el niño relacionado con un miembro del personal de F.A.C.T., Inc.? Si es así, indique quién y cuál es la relación:

**** Esta información solo se utilizará para la colocación del niño si se seleccionan para la inscripción.**

Certifico que la informacion de arriba es verdadera. Yo entiendo que si alguna informacion es encontrada falsa, la participacion de mi familia en esta Agencia puede ser terminada, y que yo sere responsable a acciones legales. En adiccion, si mi familia participa en el programa de ABC y cualquier informacion es falsa seran responsables a pagar los fondas a la Divicion de Niños y Early Childhood Education y seran referidos por cargos legales. Tambien entiendo que esta informacion sera confidencial y se me sera accessible durante las horas normales de trabajo.

_____/_____
Firma del Padre/Guardián Legal

_____/_____
Nombre Imprento del Padre/Guardián

Fecha

Las aplicaciones no se pueden procesar hasta una revisión de la información y documentación con los padres/guardián es completado. Por favor llame a su centro más cercano para hacer una cita para esta revisión. *Si no puedes encontrar a alguien en tu centro más cercano durante los meses de verano, por favor llame a la oficina central (870) 862-4545.

Bearden HS, EHS 870-687-2955

Bearden ABC 870-687-2020

Bradley HS 870-894-6153

Camden HS, EHS, ABC 870-836-5227

Emerson HS 870-696-6001

Fairview-El Dorado HS, EHS 870-864-0117

Fordyce HS, EHS 870-352-3333

Hampton HS, EHS 870-798-3004

Hope HS 870-777-8540

Junction City HS, EHS, ABC 870-924-5615

McNeil HS 870-739-9920

Magnolia East HS, ABC 870-626-5026

Magnolia EHS 870-234-3447

Morning Star HS, EHS 870-862-2755

Nevada HS 870-871-1334

Strong HS,EHS, ABC 870-797-3015

Taylor ABC 870-694-6018

West Woods HS, EHS, ABC 870-875-1714

Staff Use Only

I have conducted either an in-person or telephone interview with the family regarding their application and eligibility. I certify that I have examined this application and that it is complete with all necessary documentation attached.

Signature of Staff Person Submitting: _____ Date _____

Staff Comments: (to include any special notes on a family's circumstances; reason for telephone interview if in-person is not possible.)

Application left in community at: _____

By (staff person): _____