



## Okaloosa County Comprehensive Head Start Child Development, Inc.

2018 Lewis Turner Blvd., Suite B, Fort Walton Beach, FL 32547

Phone: 850.651.0645 Fax: 850.651.8593

### 2016-2017 Aplicación

Queridos padres,

¡Bienvenidos al programa *Early Head Start/Head Start* del condado de Okaloosa! Nuestro programa está diseñado para proveerle a usted y su niño con servicios completos de educación y cuidado temprano.

Estos servicios incluyen experiencias educacionales, mentales de salud, incluyendo servicios dentales apropiados para cada etapa de la niñez temprana. Nosotros proveemos servicios de apoyo familiar al ofrecer entrenamientos para padres sobre diferentes tópicos, recursos e información de referencias, pero lo más importante, proveemos un ambiente muy seguro para su niño. Los servicios de *Head Start* están disponibles para familias que quilibran de acuerdo a las guías de ingreso y también para familias con niños que tienen cualquier tipo de discapacidad sin importar la severidad. ***Las familias que voluntariamente contribuyen a la falsificación o la falsificación de los ingresos familiares será inmediatamente expulsado del programa y también pueden enfrentar cargos criminales. Por ACF-PI-HS-10-02.***

### Como Aplicar:

- Aplicación completamente
- Prueba de la edad del niño
- Registro de Inmunización
- Escuela Física (incluir un examen de la vista y el oído)
- Tarjeta de Medicaid o Carta
- La documentación de los ingresos familiares de los últimos 12 meses; incluye TANF, SSI
- Para padres de crianza o tutores legales se requiere documentación oficial de custodia
- Documentación de los militares en servicio activo, la inscripción en el GED / College, o la pérdida del empleo
- Documentación de la muerte o el encarcelamiento del padre / tutor o la pérdida del empleo (si es aplicable)
- Documentación si el niño/ña tiene alguna discapacidad, algún problema en su dieta diaria o alergias a alguna comida. (si es aplicable)
- Documentación de algún plan de salud. Declaracion medica si necesito una alimentación especial. (dos documentos deben estar firmados por el medico). Si es aplicable.
- La documentación de DCF/Bridgeway/Early Steps/Healthy Start/Families Count referencia (si procede)
- VPK vale

### Oficinas del programa de Early Head Start/Head Start

**Oficina Administrativa:** (850) 651-0645; 2018 Lewis Turner Blvd., Suite B, Fort Walton Beach, FL 32547

**Edney Head Start:** (850) 682-2912; 1198 West Edney Street, Crestview, FL 32536

**Lakeview Early Head Start:** (850) 682-5931; 227 Lakeview Drive, Crestview, FL 32536

**Bay Street Head Start:** (850) 689-3645; 700 Bay Street, Crestview, FL 32536

**Kennedy Early Head Start:** (850) 682-1992; 215 Kennedy Place, Crestview, FL 32536

**Laurel Hill Head Start:** (850) 652-4909; 8364 Stokes Road, Laurel Hill, FL 32567

**Niceville Head Start:** (850) 678-6893; 4580 Range Road, Niceville, FL 32578

**McGriff Head Start:** (850) 244-2606; 22 McGriff Street, Ft. Walton Beach, FL 32548



**Okaloosa County Comprehensive Head Start Child Development, Inc.**

2018 Lewis Turner Blvd., Suite B, Fort Walton Beach, FL 32547

Phone: 850.651.0645 Fax: 850.651.8593

*All Okaloosa County Comprehensive Head Start Child Development, Inc. facilities are licensed through the State of Florida Child Care Licensing Office*



**Okaloosa County Comprehensive Head Start  
Child Development, Inc.  
EHS/HS Aplicación**



**Elegibilidad de acuerdo al ingreso:**

Cada familia debe calificar de acuerdo a los criterios de elegibilidad siguiente:

**2016 Guía de ingreso para los programas de *Head Start***

Tamaño de la familia	Ingreso Anual
♣	\$11,880
♣ ♣	\$16,020
♣ ♣ ♣	\$20,160
♣ ♣ ♣ ♣	\$24,300
♣ ♣ ♣ ♣ ♣	\$28,440
♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣	\$32,580
♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣	\$36,730
♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣	\$40,890

**Pruebas de ingreso:**

**El valor de la siguiente documentación de un año es aceptable para la prueba de ingreso:**

- “Check Stubs” Comprobante de Pago que viene con el cheque del trabajo.
- Forma W-2
- Ingreso acogimiento familiar (debe tener fecha dentro del último año)
- Declaración del empleador (debe ser firmado / fechado y con fechas de empleo)
- Documentación de SSI (debe tener fecha dentro del último año)
- Documentación de beneficios para veteranos
- Declaración del trabajador de caso (debe ser firmado / fechado)
- Documentación de TANF
- Declaración de manutención de los hijos
- Declaración por escrito (debe incluir la firma, fecha, dirección, número de teléfono y el nombre del niño)

**Proceso de cita para revisar su aplicación:**

- ✓ El personal de Head Start revisará las formas de asegurar que la documentación está completa y actual. Se harán copias de todos los documentos de solicitud necesarios. Después de la revisión, el padre / tutor se le dará una carta solicitando la información que falta.
- ✓ El personal le aconsejará padre / tutor del proceso de criterios de selección.
- ✓ La información se registra en aglutinante de la ingesta la carpeta de información de Servicios para la Familia y la remitió al secretario de introducción de datos, que a continuación, introduzca la información en el sistema "ChildPlus" para fines de seguimiento y selección.



# Okaloosa County Comprehensive Head Start Child Development, Inc. EHS/HS Aplicación



## Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Received By (Staff): \_\_\_\_\_

Año Programa de Solicitud de: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Program applying for: **Early Head Start (Pregnant Mothers Program)**  **Early Head Start (0-3)**  **Head Start (3-5)**

*\* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.*

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Cobertura de Salud Primaria</b>		<b>Otra Cobertura de Salud</b>		<b># del Seguro</b>		<b>Medicaid</b>	<b>Número de Medicaid</b>
						<input type="checkbox"/> No es Elegible	<b>Doctor</b>
						<input type="checkbox"/> On Medicaid	<b>Dentista</b>
						<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible	

Adulto Principal							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>		<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrasto/Madrasta		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto			<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Sobrino(a)			<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado					
Dirección de Email: _____							

Adulto Secundario							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>		<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrasto/Madrasta		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto			<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Sobrino(a)			<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado					
Dirección de Email: _____							



**Okaloosa County Comprehensive Head Start  
Child Development, Inc.  
EHS/HS Aplicación**



<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente				
<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente				
<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente				
<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente				

\* Si más niños utilizan reverso de la solicitud o de adjuntar una hoja adicional.



**Okaloosa County Comprehensive Head Start  
Child Development, Inc.  
EHS/HS Aplicación**



**Información de Familia, Ingreso & Contactos**

Información 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	Tipo (Llene uno)			Notas			
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (sí applicable)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Familia						
TANF	SSI		Como se entero de nosotros?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Head Start personal		
		<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro		

Criterios de la Elegibilidad	
Su hijo/ja esta diagnosticada con una discapacidad o necesidades especiales? Debe adjuntar documentación debidamente firmada por el medico.	Sospecha que el niño tiene una incapacidad o necesidad especial? (Describa: en tal caso, especificar)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnostico: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Condicion que sospecha: _____
Su hijo/ja tiene dieta especial, alergias o restricciones que requiere comidas especiales? Debe adjuntar el programa de salud y la declaracion del plan de comidas, firmada y autorizada por el medico. Si fracasa al no traer los dibidos documentos no procesaremos la aplicacion.	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dieta/Restricciones de alergia: _____	
Su familia esta actualmente inscrito en otro programa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> consultar abajo:	Esta usted embarazada? Si es asi, fecha de naciwniento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Early Steps _____ Healthy Families _____ Bridgeway _____ DCF _____	
Tiene un hijo en esta familia ano inscrito en este programa antes de este? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año (s): _____ Center:	Es un niño de esta familia esta corrientemente inscrito en este prog <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Centro:

*Certificacion: Yo certifico que esta informacion es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participacion en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a accion legal. Tambien entiendo que la informacion en esta solicitud sera guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mi durante las horas normales de negocio.*

Firma del Padre/Madre/Guardian(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_