

**Mid-Cumberland CAA Head Start / Early Head Start  
2018-2019 Application Aplicación**

<b>An Infant or Toddler, un bebé o bebé mayor</b> (Age 0-3 on 8/15/18) <input type="checkbox"/>				<b>A Preschool Child, Un Niño Pre-escolar</b> (Age 3-4 by 8/15/18) <input type="checkbox"/>				
Infant/ Toddler Early Head Start age 0-36 months (6 hours a day, all year 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)				
<b>EXPECTANT MOTHERS ONLY</b> MADRES EMBARAZADAS SOLAMENTE <input type="checkbox"/>		Your due date? / Fecha de Parto <input type="checkbox"/>		Have you seen a Doctor, regarding this pregnancy? ¿Ha visto un doctor durante este embarazo?		Y or N		
Please check the program for which you are applying (choose only 1): / Escoja el programa por el cual está aplicando (1 solamente):								
Applicant (Child) Last Name: / Apellido del Niño/a		Applicant (Child) First Name: / Nombre del Niño/a		Applicant (Child) Middle Name: / Segundo Nombre del Niño				
Mailing Address / Domicilio:			City / Ciudad:		State / Estado & Zip Code / Código Postal:			
Phone Contact #1: (Circle: Home, Cell, Work, or Message) Contacto telefónico #: ( Marque: casa, celular, trabajo o mensaje)		Email Address (Dirección de Correo Electrónico):			Other Contact Number / Otro # de Contacto:			
<b>Family Status:</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Child Custody:</b> <input checked="" type="checkbox"/>		Applicant or a sibling currently in a day care? ¿Está este niño o su hermano actualmente en una guardería?		Y or N		
La Familia consiste de uno o dos padres, o tutor.		Custodia del Niño/a		Do you currently hold a Child Care Certificate (CCC)? ¿Recibe un Certificado de Guardería?		Y or N		
One Parent Household (1 padre)		Mother / Madre		Does another agency help you in paying for day care? / ¿Recibe ayuda de una agencia para pagar por el cuidado de sus hijos?		Y or N		
Two Parent Household(2 padres)		Father / Padre						
Guardian Household (Custodio)		Joint / Ambos						
Foster Household (Adoptivo)		Other / Otro						
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 durante las 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: Yes/Sí or No		Days / Dias M T W TH F L Ma Mié J V		Time/Hora: Start Time/ Hora que comienza: _____ End Time/ Hora que termina: _____		Ages of the children needing service/ Edades de los niños 1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 6.____		
<b>FAMILY INFORMATION / INFORMACION DE LA FAMILIA</b>								
<b>Adults in the Household:</b> Please list only the adults in the household who meet the following guidelines: / Adultos en la casa. Solamente anote los que: Financially supports and are related by blood, marriage, adoption, or guardianship of the applicant. Apoyen economicamente el niño que esta aplicando para este programa, y que tiene parentesco con el niño por sangre, casamiento o adopción. *Race/Sex in no way affect enrollment or selection for program / * Raza/Sexo no afectan la selección.								
Please List Parent(s) / Guardian(s)Currently in Household / Favor de anotar los padres/tutores en casa.	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Relationship to Applicant Relación al Niño	In Household/ En la casa?	*Sex/ Sexo	*Race/Raza	Primary Lang/ Primer Idioma	Disabled? ¿Discapacitado?	Employed? ¿Trabaja?
							Y N	Y N
							Y N	Y N
							Y N	Y N
							Y N	Y N
Children in Household (Applicant First) / Niños en la casa (primero el solicitante)	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Relationship to Applicant Relación al solicitante	In Household/ En la casa?	*Sex/ Sexo	*Race/Raza	Primary Lang/ Primer Idioma	Disabled? ¿Discapacitado?	Child on WIC? ¿Recibe WIC?
							Y N	Y N
							Y N	Y N
							Y N	Y N
							Y N	Y N
If there are additional adults or children in household, please attach additional information. / Si hay mas adultos o niños en la casa favor de agregarlos.								

**FAMILY SERVICES INFORMATION      INFORMACION SOBRE SERVICIOS PARA LA FAMILIA**

Have any of your children attended Head Start before? (This child or a sibling) / ¿Alguno de sus hijos ha asistido a Head Start antes (este niño o un hermano/a)?	Y   N	Name of Child and Head Start location / Nombre del Niño y del Centro Head Start:
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 you. ¿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 Health Insurance Provider / Nombre del Proveedor de Seguro Medico:	Name of Dental Insurance Provider / Nombre del Proveedor del Seguro Dental:
Does this child have a diagnosed disability? Y   N   Suspected Y   N ¿Tiene su hijo/a una discapacidad diagnosticada? S   N   ¿Sospechada? S   N	What type? & IEP/IFSP Date / ¿De qué tipo? & Fecha
Please list any other information you would like us to know as we consider your application / Favor de escribir cualquier otra información que quisiera compartir con nosotros mientras consideramos su aplicación:	

**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 enviar esta aplicación 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 Social Security Administration, Department of Human Services, etc.; W-2's or Signed Income Tax Forms from 2017; a child support statement or court document; a signed letter from an employer; etc. (PLEASE NOTE: We must have your Gross Income, not Net Income. We can not accept statements from bank accounts.) Comprobante de INGRESOS de cada adulto anotado en esta aplicación. Ej. talon del cheque; cartas de agencias del gobierno como Seguro Social, Departamento de Servicios Humanos, etc.; los formularios firmados de los impuestos del 2017, o formulario W-2; un documento de la corte o del apoyo del niño, o una carta firmada de su jefe, etc. NOTA: Debe ser su sueldo total (Gross) antes de deducciones. No aceptamos estados bancarios.
- \_\_\_\_\_ A copy of the applicant's Immunization Record (Shot Record) Una copia del carnet de vacunas o inmunizaciones.
- \_\_\_\_\_ A copy of the applicant's Birth Certificate (either certified or hospital copy) Una copia certificada del Acta de Nacimiento o una copia del hospital.
- \_\_\_\_\_ Copy of IEP or IFSP, if your child has a disability or a copy of a referral letter, if you are being referred from a doctor or agency. Si su hijo tiene una discapacidad, necesitamos una copia de la carta de referencia de un doctor o agencia, o una copia de IEP o IFSP.
- \_\_\_\_\_ Families First Recipients: Provide a copy of your Award Letter or child care certificate. Si usted recibe dinero de Familias Primero, necesitamos 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 documentaion.

I certify that the information given is true to the best of my knowledge. I further understand that falsification of information could result in the dismissal of my child from this program. I am attaching the required documents to this application. Certifico que la información dada es verdadera y justa. También comprendo que falsificación de información podría resultar en la despedida de mi hijo del programa. Adjunto encontrará los documentos requeridos.

Parent Signature: Firma de los Padres:	Date: Fecha:	
Parent: Please tell us where you got your application. __Padres, favor de decirnos dónde encontraron esta aplicación.		

For more information or if you have questions, please call: (615) 374-9532  
This application may also be mailed to (pueden mandar la aplicación a):  
Mid-Cumberland Head Start/Early Head Start  
PO Box 537 Hartsville, Tn 37074  
Por mas información, o si tiene alguna pregunta llámenos.

*Approved by Mid-Cumberland  
Head Start / Early Head Start  
Policy Council on 11/16/2017*



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