

APLICACIÓN PARA HEAD START Y PRE-K COUNTS

Estamos encantados de que esté interesado en aplicar a nuestros Programas de Aprendizaje Temprano. ¡Cada programa brinda servicios de educación infantil de calidad a familias que viven dentro de ciertos umbrales de ingresos SIN COSTO para usted!

Su solicitud está siendo considerada para dos (2) programas diferentes:

- Head Start es un programa preescolar financiado con fondos federales que ofrece servicios educativos, de salud y de apoyo social para familias que viven en el CONDADO DE MONTGOMERY, PA, y que se encuentran dentro del 100% de las pautas federales de pobreza.
- Pre-K Counts es un programa preescolar financiado por el estado de Pensilvania que se enfoca en proporcionar servicios educativos de calidad para familias que viven en el estado de Pensilvania y que se encuentran dentro del 300% de las pautas federales de pobreza. Su hijo debe tener al menos 3 años de edad al comienzo del SY actual para ser considerado para la inscripción.
- Ambos programas proporcionan servicios adicionales a niños con discapacidades.

Se dan consideraciones especiales a los niños cuyas familias están pasando por dificultades tales como:

- Inestabilidad de vivienda
- Recibiendo asistencia PA TANF/CASH/SNAP
- Recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario para alguien en el hogar
- El niño está bajo Crianza Temporal/Cuidado Familiar

Para procesar su solicitud, necesitamos la siguiente información:

- Por lo menos UN registro de nacimiento del niño. Esto podría ser:
 - Acta de Nacimiento/Certificado
 - Registro del Hospital
 - Certificado del Hospital
 - Certificado de Sangre Indígena (si corresponde)
- Al menos UNA prueba de residencia. Ejemplos aceptables incluyen:
 - Factura de Hipoteca/Carta
 - Contrato de Alquiler
 - Carta Notariada del Arrendador/Propietario
 - Factura de servicios públicos (electricidad, agua, alcantarillado)
- Comprobante de ingresos de CADA adulto en el hogar. Ejemplos incluyen:
 - Formulario 1040, 1040 EZ o 1040 A de Impuesto al Ingreso del Último Año
 - Formularios W-2 del año pasado para cada lugar de trabajo
 - Recibos de Sueldo más recientes abarcando un mes (2 = quincenales, 4 = semanales)
 - Formulario de Verificación del Empleador: háganos saber si necesita este
 - Documentación de Manutención Infantil (Child Support) aprobada por un Tribunal
 - Carta de Compensación por Desempleo: fechada dentro de los últimos 12 meses
 - Carta de terminación de empleo en papel con membrete de la empresa
 - Carta de Concesión de Beneficios del Seguro Social (Social Security Benefit) fechada dentro de los últimos 12 meses
- Prueba de Estado de Consideración Especial (si corresponde):
 - Prueba Carta de Adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) fechada dentro de los últimos 12 meses
 - Comprobante de TANF o Carta de Concesión de Asistencia en Efectivo (Cash Assistance) o SNAP fechada dentro de los últimos 12 meses
 - Prueba de Crianza Temporal/Cuidado Familiar
 - Prueba de los beneficios de SNAP
 - Si está en situación de vivienda inestable, infórmele al Especialista de Inscripción
- Documentos de Salud del Niño (REQUERIDO para la inscripción):
 - Registro de Vacunación
 - Registros de Exámenes Físicos
 - Registros de Exámenes Dentales
 - IEP y/o Planes de Tratamiento/Comportamiento
- Documentos adicionales que se REQUIEREN si corresponde:
 - Órdenes o Acuerdos de Custodia
 - Órdenes de Protección contra Abuso

Una vez que recibamos todos sus documentos, nuestro Especialista de Inscripción verificará toda la información. Se le pedirá que complete esta reunión de verificación por teléfono, correo electrónico o en persona. Una vez que la solicitud haya sido completamente procesada y aprobada por nuestro equipo de liderazgo, su niño estará en LISTA DE ESPERA. La lista de espera es fluida y cambia con cada nueva solicitud. Si hay una vacante disponible y su niño es el siguiente en la lista de espera, recibirá una llamada telefónica y un correo electrónico informándole de la inscripción de su niño.

Por favor, comprenda que completar una solicitud NO garantiza la inscripción en nuestros programas. Las ranuras son muy limitadas y hay una gran necesidad en todo nuestro condado. Los solicitantes de Pre-K Counts DEBEN tener al menos 3 años de edad al comienzo del año escolar para ser considerados elegibles para la inscripción.

Si necesita ayuda con el proceso de solicitud o tiene preguntas adicionales, comuníquese con nuestra Especialista de Inscripción, Adriana Navarro al (484) 808-5271 o a anavarro@mciu.org.

POR FAVOR LEA Y FIRME

La elegibilidad para Head Start y Pre-K Counts sigue las pautas federales anuales del nivel de pobreza. Estas pautas se actualizan anualmente, a partir de enero de cada año respectivo. Cada columna representa la cantidad máxima de ingresos permitida en cada programa, según el tamaño de la familia.

Pautas Federales de Nivel de Pobreza de 2022

Tamaño de la Familia	100% (Elegible Head Start)	300% (Elegible Pre-K Counts)
1	\$13,590	\$40,770
2	\$18,310	\$54,930
3	\$23,030	\$69,090
4	\$27,750	\$83,250
5	\$32,470	\$97,410
6	\$37,190	\$111,570
7	\$41,910	\$125,730
8	\$46,630	\$139,890
Cada Adicional	+\$4,720	+\$14,160

Entiendo que Head Start y Pre-K Counts tienen diferentes requisitos de ingresos. Según mis ingresos, se me informó que mi niño es potencialmente elegible para Head Start/Pre-K Counts y proporcioné la siguiente información (por favor marque todo lo que corresponda):

Ubicación e información de contacto de las aulas de Head Start.

Asistencia adicional con referencias para la solicitud.

Folleto o información del sitio web sobre el Programa Head Start.

Firma del Padre/Madre: _____ **Fecha:** _____

*Todos los programas de Pre-K Counts están actualmente en relicitación y las decisiones de subvención/inscripción se basan en el proceso de solicitud de RFA. Las decisiones para la inscripción se tomarán una vez que los programas reciban su estado de premio.



**APLICACIÓN PARA PROGRAMAS DE APRENDIZAJE TEMPRANO
AÑO DE PROGRAMA 2023-2024
POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

Preferencia de Ubicación (por favor marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Abington *	<input type="checkbox"/> Ambler	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Cheltenham *
<input type="checkbox"/> Early Learning Academy (West Norristown)*		<input type="checkbox"/> Hancock Elementary
<input type="checkbox"/> Lansdale	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Methacton *	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Perkiomen Valley *
<input type="checkbox"/> Pottstown	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Area Souderton *	<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Upper Dublin
<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Upper Merion *		

Las ubicaciones marcadas con un asterisco (*) ofrecen un aula de PreK Counts.
¿Cómo se enteró de nosotros?

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre del NIÑO:		Fecha de Hoy:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Distrito Escolar:	
Dirección (Calle):			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Dirección de Correo (si es diferente):			
Etnicidad del NIÑO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del NIÑO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)	
¿Cuál es el idioma principal utilizado en su HOGAR?			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengali
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):	
¿Qué idioma habla su HIJO con más frecuencia?			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengali
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):	
¿Qué idioma aprendió su hijo primero?			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengali
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):	
El uso del idioma INGLÉS de mi NIÑO es:			
<input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
¿Existen órdenes de custodia vigentes para el NIÑO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Proceso			
Si la respuesta es "Sí", se requiere una copia de las órdenes de custodia del NIÑO para procesar la solicitud.			

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Nombre de Padre/Madre/Tutor PRIMARIO:			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Mayor Nivel de Educación Alcanzado:
Teléfono Celular:		E-mail:	
Situación de Empleo (Por favor marcar una):		Nombre/Dirección del Empleador:	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	Teléfono del Trabajo:	
<input type="checkbox"/> Temporal/Estacional	<input type="checkbox"/> Desempleado/a		
¿Actualmente inscripto en una Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad del Padre/Madre/Tutor PRIMARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del Padre/Madre/Tutor PRIMARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)	
El uso del idioma PRIMARIO en el HOGAR del Padre/Madre/Tutor es:			
<input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
El uso del idioma INGLÉS de Padre/Madre/Tutor PRIMARIO es:			
<input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
¿Necesitará servicios de interpretación para participar en reuniones individuales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Está interesado en Clases de Inglés como Segundo Idioma (ESL)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Nombre del Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO:		<input type="checkbox"/> No tiene Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Mayor Nivel de Educación Alcanzado:
Teléfono Celular:		E-mail:	
Situación de Empleo (Por favor marcar una):		Nombre/Dirección del Empleador:	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	Teléfono del Trabajo:	
<input type="checkbox"/> Temporal/Estacional	<input type="checkbox"/> Desempleado/a		
¿Actualmente inscripto en una Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad del Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)	
El uso del idioma PRIMARIO en el HOGAR de Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO es:			
<input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
El uso del idioma INGLÉS de Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO es:			
<input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

En las reglamentaciones de Head Start/Pre-K Counts, la familia son las personas que viven en el mismo hogar y son mantenidas por los ingresos de los padres/tutores del niño que se inscribe en el programa Y están relacionados con el niño por consanguinidad, matrimonio o adopción. Tutor significa una persona que es legalmente responsable del niño.

Enumere todas las personas de su hogar familiar, incluido el Padre/Madre/Tutor PRIMARIO y el NIÑO:

NOMBRE COMPLETO	Fecha de Nacimiento	Relación con el NIÑO	Escuela/Trabajo Tiempo Completo/Medio Tiempo?

Número Total de Adultos:	Número Total de Niños:	Número Total en la Familia:
---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Tipo de Familia (marcar una):

<input type="checkbox"/> Familia de dos padres (casados/derecho común)	<input type="checkbox"/> Familia monoparental, madre
<input type="checkbox"/> Otro familiar – por favor detallar:	<input type="checkbox"/> Familia monoparental, padre
<input type="checkbox"/> Otro tipo de familia – por favor detallar:	<input type="checkbox"/> Familia Adoptiva

Para familias esperando un Bebé

Mes de Embarazo Actual:	Fecha Esperada de Parto:
-------------------------	--------------------------

¿Recibe actualmente la familia alguna de las siguientes ayudas estatales?

<input type="checkbox"/> TANF/Asistencia de Dinero	<input type="checkbox"/> HUD/Vivienda Sección 8	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos/SNAP	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguridad Social (por Muerte o Sobrevivientes)	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> Otros – por favor listar:

SECCIÓN 4: DISCAPACIDADES

¿Ha sido su niño diagnosticado con una discapacidad o trastorno de salud mental / de comportamiento?

- Si (por favor proporcione una copia del Plan de Intervención de Comportamiento IFSP / IEP)
 No

Si la respuesta es "Si" por favor proporcionar el nombre del administrador de caso/coordinador de servicios de su niño:

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño?

- Si – Por favor explicar:
 No

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN

¿Qué tipo de seguro usa para la atención médica / dental de su NIÑO? (marque al menos uno)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medical Assistance (MA) | <input type="checkbox"/> CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños) |
| <input type="checkbox"/> Seguro financiado sólo por el estado (medicamente indigente): ayuda de proveedores, no de compañías de seguros | <input type="checkbox"/> TriCare o Programa Militar de Seguro de Salud |
| <input type="checkbox"/> Actualmente no tengo seguro de salud para mi NIÑO | <input type="checkbox"/> Seguro privado (proporcionado por el empleador) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígenas | |

Médico de Atención Primaria del NIÑO: (PCP)/Clínica de Atención Médica No tiene Médico de Atención Primaria

Nombre y dirección:

¿Tiene Su NIÑO una condición médica diagnosticada como asma, convulsiones, diabetes, alergias ambientales (no alergias a los alimentos), etc.?

- Si – proporcionar documentación médica
 No

Información del Proveedor de Atención Dental del NIÑO

No tiene un Dentista/no ha visto un Dentista

Nombre y Dirección de la Clínica:

¿Recibió su NIÑO una prueba de plomo a los 2 años?

- Si (Proporcionar copia de los resultados)
 No
 No estoy Seguro/a

¿Está su NIÑO entrenado para ir al baño?

- Si
 No, usa Pull-ups – Talle:
 No, usa Pañales – Talle:

Brindamos comidas gratuitas para su niño mientras está inscripto en nuestro programa, incluido el desayuno, el almuerzo y la merienda. No se permiten alimentos del exterior. Proporcione información adicional sobre las necesidades nutricionales de su niño:

¿Tiene su NIÑO alergias alimentarias o necesidades dietéticas (incluida la leche)?

- Si – por favor explicar:
 No

¿Tiene su HIJO restricciones alimentarias debido a creencias religiosas/personales?

- Si – por favor explicar:
 No

"En los últimos doce (12) meses, estuvimos preocupados por si se nos acabarían los alimentos antes de tener dinero para comprar más."

- A Menudo Cierto A Veces Cierto Nunca Cierto

"En los últimos doce (12) meses, los alimentos que compramos simplemente no duraron y no teníamos dinero para comprar más."

- A Menudo Cierto A Veces Cierto Nunca Cierto

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE VIVIENDA/TRANSPORTE

Tiempo transcurrido en el domicilio actual:	¿Se ha mudado la familia en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si - Cantidad de veces: <input type="checkbox"/> No
En los últimos 6 meses, ¿se ha visto su familia obligada a permanecer con familiares/amigos, en un automóvil, hotel, refugio o situación similar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha trabajado la familia con Your Way Home para asistencia de vivienda en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no tiene vehículo, ¿tiene transporte confiable para dirigirse hacia y desde la escuela? <input type="checkbox"/> Si – por favor explicar: <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 7: FIRMA DEL ACUERDO

Los programas Head Start y Pre-K Counts de MCIU no discriminan ni discriminarán por motivos de raza, color, religión (credo), sexo, expresión de género, edad, origen nacional (ascendencia), discapacidad, estado civil, orientación sexual o condición militar, en cualquiera de sus actividades u operaciones. Estamos comprometidos a proporcionar un entorno inclusivo y acogedor para todos los miembros de nuestro personal, clientes, voluntarios, subcontratistas y proveedores.

A mi leal saber y entender, toda la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Doy fe de que esta información de elegibilidad es verdadera, completa y correcta, y que la documentación de ingresos proporcionada al personal del programa refleja el ingreso familiar TOTAL. Además, entiendo que la falsificación de esta documentación de cualquier manera puede resultar en una acción del programa que puede incluir la cancelación de la inscripción de mi(s) hijo(s) del programa en base a una determinación posterior de inelegibilidad. Al firmar esto, también autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de información sobre el programa educativo, la planificación y los documentos de mi niño, incluidos, entre otros y no limitado a la obtención de documentos de salud, planes educativos individualizados, evaluaciones e informes de reevaluación. Mi firma a continuación indica que me han informado sobre mis opciones, pero que aún puedo optar por inscribirme en el programa Pre-K Counts.

Firma del padre/madre/tutor primario:	Fecha:
Firma del Especialista de Inscripción:	Tipo de Admisión: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono
Si la aplicación fue interpretada / traducida, por favor complete lo siguiente:	
Nombre del Intérprete/Traductor:	Teléfono:
Firma del Intérprete/Traductor:	Fecha:

SECCIÓN 8: RECURSOS ADICIONALES

¿Desea recibir recursos adicionales sobre los siguientes servicios? (por favor marque todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Información local (nuevos en el área)	<input type="checkbox"/> Recursos para Militares/Veteranos	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica
<input type="checkbox"/> Asistencia para Salud Mental/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Tratamiento para el Abuso de Substancias/Alcohol	<input type="checkbox"/> Educación para Adultos/Entrenamiento Vocacional

* Su respuesta en esta sección no afecta el estado de su solicitud ni su elegibilidad para la inscripción.

