



Family Development Services

— A Head Start Organization —

Queridos Padres/Tutores Legales:

Gracias por su interés en el Programa Head Start. Todos los niños son importantes para nosotros. Nosotros creemos que la familia y la comunidad tienen que estar envueltos para que cambios significativos ocurran en la vida de un niño.

Abajo hay alguna información para que usted sepa cuando esté llenando una solicitud para Head Start o Early Head Start:

Sesiones del Programa Head Start: Día Completo – Lunes – Viernes (5 días)
7:30 am – 5:30 pm

Medio Día – Lunes – Jueves (4 días)
Sesión de la Mañana
Sesión de la Tarde

Sesiones del Programa Early Head Start: Día Completo – Lunes – Viernes (5 días)
7:00 am – 5:00 pm

Requerimientos de Edad: Niños de Head Start deben de tener 3 o 4 años antes del 1º de agosto.
Early Head Start sirve a Infantes y Niños pequeños edades de 6 semanas a dos años.

Transporte: Transporte **NO** es garantizado y puede que no sea ofrecido en todos los centros.
Transporte es ofrecido solo para las sesiones de medio día.

Documentos Necesarios Para Inscripciones:

Acta de Nacimiento Original / Documento Oficial de Foster Care o Tutor Legal

Prueba de ingreso para el año pasado / los últimos doce meses:

- a. Una copia de los papeles Federales de Impuesto Sobre el Ingreso/Income Tax (1040) y/o Una copia de todas las formas W-2
- b. Si está empleado, traiga los talonarios de los últimos dos meses de cada trabajo que haya tenido durante los últimos 12 meses
- c. Work One: Historial de trabajo
- d. Verificación para Seguro Social por incapacidad, SSI, TANF, etc. (Escrito en papel oficial del Departamento) (Si es aplicable)
- e. Documentación de pago de mantenimiento de padre, Documentación de Foster Care o Adopción (Si es aplicable)

Cartilla de Vacunación del niño

Tarjeta de Hoosier Works/Documento para estampillas de alimento incluyendo el número del caso

5 nombres de contactos en caso de emergencia que incluya nombre, dirección y número de teléfono

Tarjeta de Hoosier Healthwise o Tarjeta de Seguro Médico Privado

Examen Físico Completo

Documento de IEP si el niño ha sido diagnosticado con una incapacidad

Examen Dental Completo

Dirección y Número de Teléfono de su Trabajo o Escuela

Por favor lea la lista de todos los centros de Head Start y Early Head Start en la próxima página.

CENTROS DE HEAD START Y EARLY HEAD START

Para más información, por favor llame o visite a los siguientes Centros

Programas Locales de Head Start

*Indica que el Programa Early Head Start está disponible en este lugar.

Centros de Head Start en el Condado Marion:

*Service Center #1 6 semanas – 1 año, 2 – 5 años	5950 E. 23rd St.	46218	803-4654
Service Center #2 3-5 años	3637 N. Meridian St.	46208	803-3804
*Crossroads Center 2 años	4740 Kingsway Drive	46205	803-9614
*School #75 6 semanas – 1 año, 2 - 5 años	2447 W. 14th St.	46222	803-9535
St. Peter's Center 3-5 años	1010 N. Temple Ave	46201	803-9583
Southeast Center 3-5 años	4024 S. Madison	46227	803-9480
Southwest Center 3-5 años	1130 S. Kappes St.	46221	803-9576
Goodwin Center 3-5 años	3935 Mooresville Rd	46221	803-9576
CAFÉ Center 3-5 años	8902 E. 38th Street	46226	803-9608
Crooked Creek Center 3-5 años	2990 W. 71st Street	46268	803-4170

Centro de Head Start en el Condado Hamilton:

Noblesville Center 3-5 años	1700 East Conner Street	46060	773-3744
---------------------------------------	-------------------------	-------	----------

2008-2009



Application Date: _____
 Appointment Date/Time: _____ AM/PM
 With: _____
 Program: EHS HS Prenatal
 Center Choice:
 1. _____ 2. _____

Ingreso Total del 2007: _____
(Cantidad antes de impuestos)
 ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Family Development Services
— A Head Start Organization —

SOLICITUD DE HEAD START

Datos del Niño

(Primer nombre)

(Segunda Inicial)

(Apellido)

Nombre Completo del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ () Masculino () Femenino

Información del Padre/Tutor Legal:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Información del Otro Padre/Tutor Legal:

Nombre: _____ Parentesco : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ ¿Vive usted en la misma casa con el Padre/Tutor Legal?: Si No

Otras personas que viven en la casa:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Necesitará intérprete para ayudarle durante el proceso de inscripción? Si No Idioma: _____

¿Como se enteró del programa Family Development Services? (Por Favor marque todo que aplica)

Radio TV Calendario de la Comunidad Volante Amigo/Familia

Letrero/Anuncio Espectacular/Anuncio Internet Empleado Inscripción anterior

Yo certifico que toda la información proveída en esta solicitud es correcta según mí entender.

Firma del Padre / Tutor

Fecha