

# 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 Taxas, W-2s, TEA, Seguro Social, SSI, Manutención de los hijos, Desempleo, Beneficios de Veteranos, 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"/> Lafayette HS-Lewisville         | <b>Home Based Options:</b>                   |
| <input type="checkbox"/> Blevins HS                | <input type="checkbox"/> Magnolia EHS                    | <input type="checkbox"/> Calhoun County EHS  |
| <input type="checkbox"/> Bradley HS                | <input type="checkbox"/> Magnolia East HS/ABC            | <input type="checkbox"/> Columbia County EHS |
| <input type="checkbox"/> Camden HS/EHS/ABC         | <input type="checkbox"/> Magnolia Walker HS              | <input type="checkbox"/> Dallas County EHS   |
| <input type="checkbox"/> Emerson HS                | <input type="checkbox"/> McNeil HS                       | <input type="checkbox"/> Ouachita County EHS |
| <input type="checkbox"/> Fairview HS/EHS-EI Dorado | <input type="checkbox"/> Morning Star HS/EHS-EI Dorado   | <input type="checkbox"/> Union County EHS    |
| <input type="checkbox"/> Fordyce HS/EHS            | <input type="checkbox"/> Nevada HS-Rosston               |  |
| <input type="checkbox"/> Hampton HS/EHS            | <input type="checkbox"/> Prescott HS                     |  |
| <input type="checkbox"/> Hope HS                   | <input type="checkbox"/> Strong HS/EHS/ABC               |  |
| <input type="checkbox"/> Junction City HS/EHS/ABC  | <input type="checkbox"/> Taylor ABC                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> West Woods HS/EHS/ABC-EI Dorado |  |

***Limitado transportacion en autobus hay solamente en Bradley, Camden, Harmony Grove, y Lafayette HS.  
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
<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"/> Nada			<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Cobertura de Salud Primaria</b>			<b>Medicaid / Cobertura #</b>		<b>Social Security Number</b>	
<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  
 periódico  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	
<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"/> Nada			<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderado			<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"/> Maestría	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Graduado de	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrastra/Madrastra	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia
<input type="checkbox"/> Asociado	Secundaria	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza		Económica
<input type="checkbox"/> Alguna universidad	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Nieto/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre
<input type="checkbox"/> Certificado de	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro Relativo		Adolescente
formacion	<input type="checkbox"/> Grados 9 o	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
	menos	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				

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	
<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"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco			<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"/> Maestría	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Graduado de	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrastra/Madrastra	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia
<input type="checkbox"/> Asociado	Secundaria	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza		Económica
<input type="checkbox"/> Alguna universidad	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Nieto/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre
<input type="checkbox"/> Certificado de	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro Relativo		Adolescente
formacion	<input type="checkbox"/> Grados 9 o	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
	menos	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				

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      Reciben SNAP      Reciben WIC

Uno     Dos       Sí  No     Sí  No     Sí  No     Sí  No     Sí  No     Sí # \_\_\_\_\_  No

TANF (TEA, Work Pays, Career Pathways)  Si  No      Supplemental Security Income  Si  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 Empleamiento 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.

- Discapacidad del Seguro Social/Beneficios por Fallecimiento/Jubilación
- Manutención de los Hijos (cheque todos los que apliquen):     Semanalmente     Bi-semanal     Mesualmente
- Beneficios de Desempleo, fecha que comenzó a recibirlo: \_\_\_\_\_
- Becas
- Jubilación
- Discapacidad Militar
- Otro, (especifique) \_\_\_\_\_

### **MEDICO/DISCAPACIDAD/NECESIDADES ESPECIALES:**

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

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

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

Blevins HS 870-874-2206

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

Lafayette HS 870-921-5401

McNeil HS 870-695-3900

Magnolia East HS, ABC 870-626-5026

Magnolia EHS 870-234-3447

Magnolia/Walker HS 870-901-7100

Morning Star HS, EHS 870-862-2755

Nevada HS 870-871-1334

Prescott HS 870-887-0623

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 at: \_\_\_\_\_

by: \_\_\_\_\_