



Families and Children Together, Inc.

Aplicacion Para Mamas Embarazadas



LAS APLICACIONES NO SERÁN ACEPTADAS SIN COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. **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, WIC, SNAP, Manutención de los hijos, Desempleo, Beneficios de Veteranos, 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.

Por favor mandar una copia de su **Tarjeta de Medicaid/AR Kids o Aseguradora Privada** 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.

Favor de Indicar debajo adonde quiere que sea puesta.

Opciones de Home Based

- Calhoun County
- Columbia County
- Dallas County
- Ouachita County
- Union County

Hay alguien en su casa menor de 5 años de edad? Si No

Si es que si, favor de preguntar por una aplicacion de Early Head Start/Head Start/Arkansas Better Chance.

FACT, Inc. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



F.A.C.T., Inc. toma muchos factores en consideración para determine 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 determina la elegibilidad y para familiarizarnos con su familia.

Aplicaciones seran evaluados usando un sistema de puntos y las personas con mas puntos seran elegidos primero.

Madre

Dirección de correo electrónico:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
---------------	----------------	----------	---------------------

Raza	Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente

Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Maestria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Certificado de formacion	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Bio'logico/Adoptado/ Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Madre asisten una escuela? **DONDE:** _____
 # de horas por semestre: _____

Cobertura de Salud Primaria	Medicaid #	Cobertura #
<input type="checkbox"/> AR Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninuguna	# _____	# _____

Como se entero de nosotros? una trabajadora Niño previamente inscrito familia/amigos internet/sitio de web radio
 periodico otra agencia hermanos que asistieron de entrada palabra de boca

Esta es su primera vez aplicando para el programa de mama embarazada? Si No

Quien va a ser legalmente responsable por el Niño? Ambos Padres Madre Padre Otro Nombre: _____

Padre – So'lo si viven en casa

Dirección de correo electrónico:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento
---------------	----------------	----------	--------	---------------------

Raza	Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente

Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Maestria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Certificado de formacion	<input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 9 o menos	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Bio'logico/Adoptado/ Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro Relativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente

Padre asisten una escuela? **DONDE:** _____
 # de horas por semestre: _____

Liste cada persona que viva en su casa

Nombre (Primer, Apellido)	Fecha de nacimiento	Relacion hacia el niño

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 Nombre de Contacto Tipo (Llene uno)

_____ **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) Sí No Supplemental Security Income Sí 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 listar TODOS los lugares de empleo y pruebas de ingresos deben ser proveídas por cada uno.

Nombre (Nombre y Apellido)	Empleador	Dirección del Trabajo	Numero de Teléfono del Trabajo	Fechas de Emplamiento 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/Jubilacion
- Manutencion de los Hijos: semanalmente bi-semanal mesualmente
- Beneficios de Desempleo, fecha que comenzo a recibirlo: _____
- Becas
- Jubilacion
- Discapacidad Militar
- Otro, (especifique) _____

NECESIDADES MEDICAS/ESPACIALES/DE INCAPACIDAD:

Tiene alguna sondicion de embarazo que se este tratando ahora? Si No

Si es que si, favor de describir: _____

Favor de describir cualquier otra necesidad o preocupacion que tenga sobre su salud: _____

Fecha esperada a dar a luz: _____ Esperados: Uno Gemelos Triplets Otro Trimestre: 1st 2nd 3rd

Esta usted actualmente matriculada en el programa de Hannah Pregnancy Resource Center? Si No

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)
- 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 economia* **Por favor llene el Cuestionario de Residencia.**
- Padres por primera vez
- Padre/guardians tienen una incapacidad or una necesidad especial (Favor de describir: _____)
- Padre/Guardian no tiene experiencia laboral o educacion formal (como clases para padres, talleres o cursos univerversitarios) en el cuidado de los niños
- Padre/guardian 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 atendiendo un centro de cuidados para niños o escuela prescolar? Si No

Si es que si, donde: _____

Tiene niños actualmente atendiendo: Head Start ABC Otro Programa Prescolar

¿Estás 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 ubicación si se selecciona 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 adicon, 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 Hildhood Education y seran referidos por cargos legales. Tambien entiendo que esta informacion sera confidencial y se me sera accessible durante las horan 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 | Hampton HS, EHS 870-798-3004 | Magnolia/Walker HS 870-901-7100 |
| Bearden ABC 870-687-2020 | Hope HS 870-777-8540 | Morning Star HS, EHS 870-862-2755 |
| Blevins HS 870-874-2206 | Junction City HS, EHS, ABC 870-924-5615 | Nevada HS 870-871-1334 |
| Bradley HS 870-894-6153 | Lafayette HS 870-921-5401 | Prescott HS 870-887-0623 |
| Camden HS, EHS, ABC 870-836-5227 | McNeil HS 870-695-3900 | Strong HS, EHS, ABC 870-797-3015 |
| Emerson HS 870-696-6001 | Magnolia East HS, ABC 870-626-5026 | Taylor ABC 870-694-6018 |
| Fairview–El Dorado HS, EHS 870-864-0117 | Magnolia EHS 870-234-3447 | West Woods HS, EHS, ABC 870-875-1714 |
| Fordyce HS, EHS 870-352-3333 | | |

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: _____