



Programa Head Start - Early Head Start
Iglesia Bautista de Quintana
 787-754-0248/ 787 754-2739 ó 787-777-1280 Fax: 787-763-5046

MATRICULA TODO EL AÑO

Servicio que solicita: Early Head Start (Santa Isabel) Head Start

OFRECEMOS SERVICIOS A:

Early Head Start (Solo en Santa Isabel)

Head Start:

Head Start/Early Head Start:

Embarazadas (Solo en Santa Isabel)

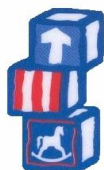
Niños/as desde 3 meses hasta 2 años con 7 meses.
 Niños/as de 2 años con 8 meses hasta 4 años con 9 meses
 Niños/as con necesidades especiales e impedimentos severos
 Prioridad primer trimestre del embarazo- Servicios de orientación y seguimiento en el área de Salud y Nutrición.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

Para procesar rápidamente su solicitud, es necesario que entregue los siguientes documentos:

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificado de nacimiento: (Nuevo expedido a noviembre 2010, se revisará y devolverá al solicitante) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones y diagnósticos de condiciones de salud o condiciones o discapacidad (si aplica) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguro Social: (Se revisará y devolverá al solicitante) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de clases oficializado-solamente aplica a solicitantes UMET o TURABO (dos copias si necesita cuidado extendido) *** |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja Verde Vacunas (Original) ▪ Copia del Plan Médico o carta de elegibilidad de Reforma (MA-10) | <p>Evidencia de ingresos: Si Ud. y su cónyuge trabajan, favor presentar una de las siguientes de ambos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Talonario de pago ▪ Forma 1040, W-2 o Planilla de Contribución sobre ingresos ▪ Carta/Declaración del patrono ▪ Carta declarando ingresos, si trabaja por cuenta propia <p>Si recibe ingresos por otras fuentes, favor presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidencia de Pensión alimenticia (una de las siguientes: Certificación de ASUME/Carta del tribunal/Carta de pensión por acuerdo) o Negativa de ASUME ▪ Evidencia de recibo de asistencia económica por TANF ▪ Evidencia de recibo de beca por estudios ▪ Evidencia de reembolso por hogar de crianza ▪ Pagos de Seguro Social ▪ Compensación por desempleo o Negativa de desempleo <p>Si Ud. no recibe ningún tipo de ingreso, deberá completar una entrevista con un funcionario de Head Start.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de residencia (Evidencia de uno de éstos: recibo de agua, luz, teléfono) | |

*****NOTA: Los padres/madres que tengan la necesidad de cuidado extendido pueden solicitarlo si el programa de clases así lo evidencia o si posee un empleo a tiempo parcial o completo. Los servicios de Child Care se ofrecen en los centros de Iglesia Bautista de Quintana, UMET y Turabo solamente. .**



Programa Head Start - Early Head Start
 Iglesia Bautista de Quintana
 PMB 473 Ave. De Diego #89 Suite 105 San Juan Puerto Rico 00923
 787-754-0248 787-754-2739 787-777-1280
 ibqheadstart@yahoo.com

FAMILIA _____
 (Últimos 4 dígitos # Seguro Social del niño/a)

CENTRO _____
 AÑO _____
 EDAD EN AGOSTO _____

Programa al que solicita _____ Head Start _____ Early Head Start (Solamente en Santa Isabel)

SOLICITUD DE MATRÍCULA

I.

| Nombre y apellidos del niño(a) | Sexo (circule) | Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | Edad actual (año y meses) | Condición de Salud o Discapacidad | Registrado en el Departamento de Educación o Avanzando Juntos |
|--------------------------------|-------------------|---|---------------------------------|---|---|
| | M | | | | SI |
| | F | | | | NO |

II. Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____

III. Nombre Tutor Legal: _____

Relación con el niño(a): _____Madre _____Padre _____Tutor/Encargado Legal

Escolaridad () 1-6 () 7-12 () Completó Escuela Superior () Grado Asociado () Bachillerato

() Post-grado

_____Empleado Ocupación _____

Periodo de cobro: () semanal () bisemanal () quincenal () mensual

_____ Desempleado _____ Estudiante

IV. Nombre de otro adulto responsable del menor: _____

Relación con el niño(a): Madre Padre Tutor/Encargado Legal

Vive en el hogar No vive en el hogar

Escolaridad 1-6 7-12 Completó Escuela Superior Grado Asociado Bachillerato

Post-grado

Empleado Ocupación _____

Periodo de cobro: semanal bisemanal quincenal mensual

Desempleado Estudiante

V. **Nombre de otros niños menores de 18 años que viven en el hogar que se mantienen del ingreso del solicitante.**

| Nombre (Nombre/Apellido) | Parentesco con Jefe de Familia | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Grado |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | | | | M F | |
| | | | | M F | |
| | | | | M F | |
| | | | | M F | |

Nombre de otros adultos que viven en el hogar de 18 años o más que se mantienen del ingreso del solicitante.

| Nombre (Nombre/Apellido) | Parentesco con Jefe de Familia | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Grado |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | | | | M F | |
| | | | | M F | |
| | | | | M F | |

VI. Información de la familia: Tamaño Familiar _____

(Tamaño Familiar incluye a todas las personas **que viven en el mismo hogar, son mantenidas por el ingreso del solicitante** y que están emparentados con el (la) solicitante por lazos de sangre, matrimonio o adopción).

VII. ¿El niño(a) ha participado de Early Head Start o Head Start anteriormente? Sí No

¿El solicitante tiene un hermano(a) en Early Head Start/Head Start? Sí No

VII. ¿Reciben el beneficio del PAN Programa de Asistencia Nutricional?

Sí No

VII. OTROS CONTACTOS AUTORIZADOS POR LA FAMILIA:

| Nombre | Relación con el Niño(a) | Teléfono |
|---------------|--------------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Observaciones: (Escriba información importante sobre el niño(a) y su familia que entienda sea necesario conocer para considerar en su solicitud)

Por la presente certifico que los documentos e información que he provisto a Head Start/Early Head Start, que serán utilizados para declarar si mi niño(a) es elegible para el programa al cual solicito, son correctos y precisos, de acuerdo a mi mejor conocimiento. Autorizo al Programa Head Start y Early Head Start Iglesia Bautista de Quintana a que la información ofrecida pueda ser verificada, según sea necesario.

Firma de solicitante

Parentesco con niño/a

Fecha (día, mes y año)

Firma del funcionario HS/EHS

Puesto

Nota: Se considerará como completada la solicitud a la fecha en que se finalice la entrega de los documentos requeridos para ser evaluada por el área de reclutamiento y matrícula.

(Solamente para uso oficial)

Fecha en que se entregó solicitud: _____

Fecha en que se completó la solicitud con TODOS los documentos requeridos: _____