



School Board of Brevard County

Head Start Program



Información sobre la aplicación

El Programa Head Start es ofrecido en ciertas escuelas a niños que cumplan los requisitos.

Requisitos:

Los niños deben tener tres años en o antes del 1 de septiembre, 2017 (FDN: 9/2/13-9/1/14)
 Los niños deben tener cuatro años en o antes del 1 de septiembre, 2017 (FDN: 9/2/12-9/1/13)

Y

Ser elegibles para el programa federal basado en las guías del ingreso de la familia.

1. Completar la aplicación del Head Start. Asegúrese que la información de la persona que se va contactar sea correcta. Esta aplicación no garantiza cupo en el Programa Head Start.
2. Una vez diligenciada la aplicación dejarla en una de las escuelas que aparecen relacionadas en la parte inferior de esta página.
3. Se le llamará en 2-3 semanas para darle una cita para determinar su elegibilidad.
4. El padre debe traer la siguiente documentación a la cita:
 - a. Identificación válida con fotografía (por ejemplo: licencia de conducir, tarjeta militar, etc.)
 - b. Certificado de nacimiento original del niño
 - c. Tarjeta de Medicaid o del seguro del niño
 - d. Prueba de TODOS los ingresos de la familia
 - Carta del 2016 del Seguro Social de todos los beneficios recibidos. (SSI, SSA, etc.)
 - Declaración de renta del 2016 (1040, 1040A, W-2, 1099, etc.)
 - Desprendible de los cheques de pago (por lo menos un mes consecutivo)
 - Cuota Alimentaria del niño – pago total requerido por la corte
 - Compensación de desempleo – Carta de aprobación vigente de desempleo
 - TANF – Imprimido de computadora del Departamento de Niños & Familias
 - Carta de la empresa donde trabaja – en papel membreteado y debe incluir fecha de contratación, salario, número de horas trabajadas a la semana, firma del verificador y fecha.
 - Si usted está declarando que NO tiene ningún ingreso, deberá presentar una carta por escrito explicando cómo las necesidades básicas de su familia están siendo cubiertas.
 - e. Prueba de residencia en el Contado de Brevard (dos de los de abajo)
 - Contrato de arrendamiento (con el nombre del padre como inquilino),
 - Cuenta vigente de los servicios (entre los últimos 30-45 días),
 - Licencia de conducir con dirección vigente, o
 - Tarjeta de registración para votar.
 - f. Carnet de vacunas vigente
 - g. Examen físico vigente (menos de un año)

Área Norte	Área Central	Área Sur
Coquina Elementary Enterprise Elementary Mims Elementary	Cambridge Elementary Cocoa High School Endeavour Elementary Saturn Elementary Sherwood Elementary	Discovery Elementary Jupiter Elementary Palm Bay Elementary Port Malabar Elementary South Area Head Start University Park Elementary

**Por favor, dirigir sus preguntas a la cabeza Inicio Oficina Administrativa
 321-617-7786 ext 220.**



Programa Head Start

Gracias por su interés en el Programa Head Start.

Esta aplicación NO garantiza cupo en el Programa Head Start.

Se le llamará y asignará una cita para determinar si es elegible.

Es de suprema importancia que los números telefónicos proporcionados sean correctos.

UTILICE LETRA IMPRENTA

Fecha de la solicitud _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____
(Nombre) (Apellido)

Grupo Familiar _____ (número de familiares que viven en la misma casa y que son mantenidos por el padre incluyéndose también)

Ingresos de la familia \$ _____ por año

Por favor marcar todos los que aplique: _____ Indigente _____ SSI _____ Hogar Adoptivo _____ TANF

Nombre del Niño (tal como aparece en el Certificado de Nacimiento)

(Nombre) (Segundo) (Apellido)

Del Niño Fecha de Nacimiento _____ Raza del Niño _____ Idioma Primario del Hogar _____

Género _____ masculino _____ femenino ¿Su Hiji Tiene un ESP? _____ Si _____ No

Anote todos los miembros adicionales de la familia que viven en el hogar.

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

*FDN: Fecha de Nacimiento

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Teléfono (de día) _____ (de noche) _____ (celular) _____

Correo Electrónico _____

Estuvo su niño previamente registrado en Early Head Start o Head Start? _____ SI _____ NO

Si marca si, que escuela o lugar _____

¿En que instalación de Head Start está usted interesado? _____

School Office Personnel: Please send the completed Head Start applications to the appropriate school, attention Head Start Family Advocate or Clearlake Education Center, attention Head Start Services Mana