



Early Head Start –Edad 0-3 el 08/15/2024

Head Start – Edad 3-4 el 08/15/2024

Elija su condado:	Cannon Cheatham Robertson Rutherford Sumner Trousdale Wilson Williamson
¿ A Usted le interesan los servicios de día entero/año entero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Sección A: Información sobre el niño por el que se solicitan los servicios:

Apellido del niño		Primer nombre del niño		Segundo nombre del niño	
_____/_____/_____		_____/_____/_____		_____/_____/_____	
Fecha de nacimiento	Raza	Primer idioma		¿Proficiencia limitada del inglés?	Hispano/Latino
_____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo					
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					

Sección B: Información sobre la familia

Dirección de domicilio:		Situación del hogar	Custodia del niño
Dirección _____		<input type="checkbox"/> Hogar de padres sustitutos <input type="checkbox"/> Tutor no progenitor <input type="checkbox"/> Hogar de un padre <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos/Compartida <input type="checkbox"/> Otro
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____			
Dirección de correspondencia (si es diferente)		Situación de vivienda	¿Hay documentos de custodia?
Dirección _____		<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Indigente <input type="checkbox"/> Vivo con un amigo/pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____			

Ingresos/servicios que recibe su familia (marque todos los que correspondan)

Ingresos del trabajo Manutención Desempleo Ingresos autónomos Pensión alimenticia Seguro Social SSDI SSI
 WIC Estampillas de comida/SNAP TANF/Families First No hay ingresos DHS Child Care Certificate (bono de cuidado infantil)

Sección C: Adulto principal o madre prenatal: Información sobre el adulto responsable por el niño solicitante o la madre embarazada
* Enumere solo a los adultos en el hogar que se hagan responsables de apoyar financieramente al niño solicitante y que tengan parentesco con el niño.

Apellido del padre/tutor		Primer nombre del padre/tutor			
_____/_____/_____		_____/_____/_____			
Fecha de nacimiento	Raza	Número de contacto - (elija uno) Casa, Celular, Trabajo, Mensaje			
_____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____	(_____) - _____ - _____			
Sexo	Correo electrónico:				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____				
Primer idioma	Proficiencia limitada del inglés?	Hispano/Latino	Parentesco al niño		Estatus militar:
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Pariente/abuelo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplegado <input type="checkbox"/> N/A
			Vive en el hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Situación laboral			¿Por cuánto tiempo ha tenido empleo?		
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> En capacitación/escuela <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autoempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado temporal <input type="checkbox"/> Discapacitado			_____		
<input type="checkbox"/> Madre embarazada	Fecha de parto	¿Usted ha consultado con un doctor sobre este embarazo?			
	_____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección D : Segundo adulto: Información sobre el segundo adulto responsable por el niño solicitante

* Enumere solo a los adultos en el hogar que se hagan responsables de apoyar financieramente al niño solicitante y que tengan parentesco con el niño.

Apellido del padre/tutor _____ Primer nombre del padre/tutor _____

Fecha de nacimiento

____/____/____

Raza

-
- Indígena Americano
-
- Blanco
-
-
- Asiático
-
- Indígena del Pacífico
-
-
- Negro/Afroamericano
-
- Biracial/Multirracial
-
-
- Otro: _____

Número de contacto - (elijá uno) Casa, Celular, Trabajo, Mensaje

(____) - ____ - _____

Sexo

-
- Masculino
-
- Femenino

Correo electrónico:

Primer idioma

-
- Inglés
-
- Vietnamita
-
-
- Español
-
- Árabe
-
-
- Otro _____

Proficiencia limitada del inglés?

-
- Sí
-
- No

Hispano/Latino

-
- Sí
-
- No

Parentesco al niño

-
- Padre biológico
-
- Padrastro
-
-
- Padre adoptivo
-
- Padre sustituto
-
-
- Pariente/abuelo
-
- Otro _____

Vive en el hogar: Sí No

Estatus militar:

-
- Activo
-
-
- Veterano
-
-
- Desplegado
-
-
- N/A

Situación laboral

-
- Tiempo completo
-
- Ama de casa
-
- En capacitación/escuela
-
-
- Tiempo parcial
-
- Autoempleado
-
- Jubilado
-
-
- Desempleado
-
- Empleado temporal
-
- Discapacitado

¿Por cuánto tiempo ha tenido empleo?

Sección E: Otros niños y familiares que sean apoyados por los ingresos del padre/tutor *Enumere solamente a los niños o adultos en el hogar que tengan parentesco de sangre, matrimonio, adopción, o tutela; o cualquier adulto que tenga parentesco con el niño y que se haga responsable de apoyarlo financieramente

Primer nombre, segundo nombre, apellido	Parentesco al niño solicitante	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Total # de adultos en el hogar _____ Total # de niños en el hogar _____

Sección F: Información sobre servicios que recibe la familia

- ¿Su hijo tiene una discapacidad? (Si no, vaya directo a la pregunta #6) Sí No
- Tipo de discapacidad o necesidad especial: _____
- ¿Un profesional ha diagnosticado esta discapacidad? Sí No
¿A qué edad? _____ ¿Quién se lo diagnosticó? _____
- ¿Su hijo tiene un IEP o IFSP? Sí No
- ¿Su hijo recibe servicios especiales por su discapacidad? Sí No _____
- ¿Usted piensa que su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial aún no diagnosticado? Sí No En caso afirmativo, favor de explicar: _____

¿El padre/tutor principal tiene una discapacidad diagnosticada?
 Sí No En caso afirmativo, por favor explique:

¿El padre/tutor principal tiene una afección crónica que afecte la vida cotidiana (cancer, presión alta, etc) ? Sí No En caso afirmativo, favor de elaborar: _____

- ¿Su familia actualmente tiene problemas con la situación de vivienda? Sí No
- ¿Su familia ha sido afectada por un desastre natural durante los últimos 24 meses? Sí No
- ¿Usted ha sido trabajador migrante durante los últimos 24 meses? Sí No
- ¿A algún miembro del hogar se le ha diagnosticado depresión u otro trastorno? Sí No

- ¿Algún miembro del hogar ha sido encarcelado durante la vida del niño? Sí No
- ¿Se ha muerto un miembro del hogar durante los últimos 24 meses? Sí No
- ¿Hay preocupaciones relacionados al abuso (del niño, de la esposa, negligencia) o el niño ha sido abusado o negligido? Sí No
- ¿Hay algún miembro de la familia que haya batallado con el abuso de drogas o que haya sido afectado por el abuso de opioides? Sí No

Favor de marcar todos los que correspondan

-
- Mi hijo actualmente está inscrito en EHS
-
- Mi hijo actualmente está inscrito en HS
-
- Mi hijo estuvo inscrito en otro HS/EHS
-
- Mi hijo está inscrito en EHS, y estamos postulando para HS
-
-
- Mi hijo tiene un hermano que actualmente está inscrito en HS/EHS
-
- Un hermano de mi hijo estuvo inscrito anteriormente en HS/EHS

Sección G: ¿Cómo se enteró de nuestro programa?

-
- Familia/amigo
-
- Padre cuyo hijo participó en el programa
-
- Evento en la comunidad
-
- Anuncio
-
- Fui al centro de Head Start
-
- Las redes sociales
-
-
- Correspondencia
-
- Anuncio público
-
- La radio
-
- Referencia de una agencia local
-
- Otro _____

Sección H: Firma

Afirmo que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Además entiendo que la falsificación de información podría resultar en la expulsión de mi hijo de este programa. Adjunto los documentos requeridos a esta solicitud.

Firma del padre/tutor:

Fecha: ____/____/____

Se puede presentar la solicitud en el centro de HS/EHS local, o se puede enviarla por correo a:
MCCAA HS/EHS Post Office Box 1999 Mt. Juliet, Tn 37122

Uso de personal solamente

Date Received ____/____/____
Staff initials: _____



MID-CUMBERLAND
COMMUNITY ACTION AGENCY
Helping people. Changing lives.

Early Head Start & Head Start

Programa para los bebés y bebés mayores

Programa Preescolar

Sobre MCCA

MCCA es una organización sin fines de lucro financiada con fondos federales que brinda servicios preescolares y de cuidado de bebés y niños pequeños GRATUITOS que son diseñados para promover la preparación escolar para niños de familias de bajos ingresos.

Nuestro programa ofrece:

- Servicios integrales de educación infantil de alta calidad
- Oportunidades de participación de los padres en el salón de clases, planificación de programas y comités de padres
- Apoyo y educación de los padres.
- Ayuda para conectar a padres e hijos con otros servicios y recursos en la comunidad
- Chequeos de la vista, la audición y los dientes para los niños inscritos, así como otros servicios de salud, salud mental y nutrición
- Servicios prenatales ... y más!

¿Cuáles documentos debo proveer?

Documentos del niño solicitante

- Acta de nacimiento
- Registro de vacunación
- Orden de custodia, adopción, tutela o protección (si corresponde)
- Documentación de discapacidad o necesidades especiales, incluyendo IEP/IFSP (si corresponde)

Pruebas de elegibilidad

- TANF o SSI: Carta de beneficios que establece cantidad que se recibe
- Hijos de acogida: carta de acogida
- Circunstancia de convivencia temporal por pérdida de vivienda: documentar completamente la situación por declaración escrita.
- Ingresos familiares de los últimos 12 meses
 - Formulario 1040 actual del impuesto sobre la renta individual de EE. UU.
 - W-2
 - Los 4 talones de cheque más recientes con pago bruto
 - Manutención de niños para todos los niños en el hogar

Estamos obligados a documentar los últimos 12 meses de ingresos familiares de todas las fuentes. La situación de ingresos de cada familia es diferente y puede haber más o diferentes fuentes de ingresos. Los elementos anteriores son los más comunes para verificar los ingresos. Nuestro equipo de inscripción revisará la solicitud y le informará sobre otra documentación necesaria, si corresponde.

¿Quién califica para los servicios?

- Familias de escasos recursos
- Beneficiarios de TANF o SSI
 - Niños en acogida
 - Jóvenes embarazadas
- Familias que experimentan una situación de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares

¿Preguntas?

Contáctenos:
615-742-1113

L-V
8:00 am –
4:30 pm

Preguntas comunes

¿Puedo presentar una solicitud para un niño discapacitado?
¡Sí! Les animamos a solicitar nuestros servicios si tiene un hijo con una discapacidad o necesidades especiales, sin importar el nivel de ingresos.

¿Cuánto tiempo demora el proceso?

Hacemos todo lo posible para verificar la elegibilidad lo más rápido posible, y los padres pueden hacer su parte asegurándose de que todos los documentos de elegibilidad/ingresos necesarios se proporcionen en su totalidad con la solicitud.

¿Cuándo puedo presentar una solicitud?

Aceptamos solicitudes e inscribimos a niños durante todo el año, así que debe presentar una solicitud lo más pronto posible!

¿Mi hijo necesita estar entrenado para ir al baño? No. De hecho, nosotros trabajamos con las familias y los niños en ese proceso.

¿Cómo entrego la solicitud?

Se puede entregar la solicitud en cualquier sitio de MCCA EHS, HS, o PreK

Por correo : MCCAHS/EHS

PO Box 1999

Mt. Juliet, TN 37122

**¡Se puede imprimir la solicitud en línea!
Para hacerlo, vaya a nuestra página web:**

<https://www.midcumberland.org>

