



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

Head Start – Edad 3-4 el 08/15/2024

Elija su condado: Cannon Cheatham Houston (Head Start Solamente) Robertson Rutherford Stewart (Head Start Solamente)
Sumner Trousdale Wilson A usted le interesan servicios de cuidado infantil de día completo/ año completo? Si 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 <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial	Primer idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe	¿Proficiencia limitada del inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Sección B: Información sobre la familia

Dirección de domicilio: Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	Situación del hogar <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	Custodia del niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos/Compartida <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de correspondencia (si es diferente) Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Situación de vivienda <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	¿Hay documentos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ingresos/servicios que recibe su familia (marque todos los que correspondan)
 Ingresos del trabajo Desempleo Ingresos autónomos Pensión / anualidad Ingreso de seguridad suplemental (SSI)
 WIC Estampillas de comida/SNAP TANF/Families First No hay ingresos Pago militar

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 <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial	Número de contacto - (elija uno) Casa, Celular, Trabajo, Mensaje (____) - _____ - _____		
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Correo electrónico:		
Primer idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	Proficiencia limitada del inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco al niño <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		Estatus militar: <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 <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				¿Por cuánto tiempo ha tenido empleo?	
<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 v que tengan parentesco con el niño.

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

Fecha de nacimiento ____/____/____	Raza <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: _____	Número de contacto - (elijá uno) Casa, Celular, Trabajo, Mensaje (____) - _____ - _____
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Correo electrónico: _____

Primer idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	Proficiencia limitada del inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco al niño <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 _____ Vive en el hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Desplegado <input type="checkbox"/> N/A
---	--	---	--	--

Situación laboral <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	¿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

1. ¿Su hijo tiene una discapacidad? (Si no, vaya directo a la pregunta #6) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 2. Tipo de discapacidad o necesidad especial: _____ 3. ¿Un profesional ha diagnosticado esta discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿A qué edad? _____ ¿Quién se lo diagnosticó? _____ 4. ¿Su hijo tiene un IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 5. ¿Su hijo recibe servicios especiales por su discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ 6. ¿Usted piensa que su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial aún no diagnosticado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de explicar: _____	¿El padre/tutor principal tiene una discapacidad diagnosticada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿El padre/tutor principal tiene una afección crónica que afecte la vida cotidiana (cancer, presión alta, etc) ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de elaborar: _____
1. ¿Su familia actualmente tiene problemas con la situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 2. ¿Su familia ha sido afectada por un desastre natural durante los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 3. ¿Usted ha sido trabajador migrante durante los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 4. ¿A algún miembro del hogar se le ha diagnosticado depresión u otro trastorno? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. ¿Algún miembro del hogar ha sido encarcelado durante la vida del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 6. ¿Se ha muerto un miembro del hogar durante los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 7. ¿Hay preocupaciones relacionados al abuso (del niño, de la esposa, negligencia) o el niño ha sido abusado o negligido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 8. ¿Hay algún miembro de la familia que haya batallado con el abuso de drogas o que haya sido afectado por el abuso de opioides? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 Cannon, Cheatham, Robertson,
Rutherford, Sumner, Trousdale, Wilson

Programa Preescolar

Cannon, Cheatham, Houston, Robertson,
Rutherford, Stewart, Sumner, Trousdale,
Wilson

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

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>

