

**Agencia de Acción Comunitaria de Clarksville/Condado de Montgomery**  
**Programa Head Start**

**Solicitud de pre-matrícula**

**I. Información general para ser llenada por el padre(s) o custodio(s)**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del padre(s) o custodio(s): \_\_\_\_\_

Nombre del primer niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del segundo niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

                  calle                                    apartamento.                                    ciudad                                    estado                                    código postal

Teléfono de la casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono para mensajes: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**II. Encuesta del solicitante. Debe ser llenada por el padre(s) o custodio(s):**

A. ¿Cuántos miembros de la familia residen en su casa?

      \_\_\_\_ Adultos        \_\_\_\_ Niños(as)        \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

B. ¿Cómo se enteró usted del programa de Head Start?

(indique todos los que apliquen)

      \_\_\_\_ TV                                    \_\_\_\_ Radio                                    \_\_\_\_ Periódico  
      \_\_\_\_ Folleto                                    \_\_\_\_ Personal de Head Start                                    \_\_\_\_ Padre de Head Start  
      \_\_\_\_ Agencia local        \_\_\_\_ Personal de Workforce Essentials  
      \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

C. ¿Cuáles situaciones, de serlo, han tenido impacto a su familia en los últimos seis meses?

(indique todos los que apliquen)

      \_\_\_\_ Violencia doméstica        \_\_\_\_ Enfermedad terminal        \_\_\_\_ Enfermedad mental  
      \_\_\_\_ Pérdida reciente de empleo        \_\_\_\_ Separación legal        \_\_\_\_ Divorcio  
      \_\_\_\_ Muerte en la familia        \_\_\_\_ Despliegue militar        \_\_\_\_ Pérdida del hogar  
      \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

D. ¿Tiene su familia transportación segura?

      \_\_\_\_ Vehículo personal        \_\_\_\_ Familia                                    \_\_\_\_ Amigo  
      \_\_\_\_ Transporte público        \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

E. ¿Tiene empleo en estos momentos su esposo(a) y/o usted?

(ponga un círculo en la respuesta debida)

1.    Sí                                    No  
2.    Tiempo completo        Tiempo medio                    N/A

F. ¿Se encuentra usted o su esposo(a) matriculado(a) en un colegio o en un programa de entrenamiento? (ponga un círculo en la respuesta debida)

1.    Sí                                    No  
2.    Tiempo completo        Tiempo medio                    N/A

G. ¿Recibe ayuda pública usted o algún miembro de su familia? (indique todos los que apliquen)

      \_\_\_\_ Families First (TANF/AFDC)                                    \_\_\_\_ Vale de Mid-Cumberland Child Care  
      \_\_\_\_ Ingreso suplemental de seguridad (SSI)        \_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

H. ¿Tiene el niño(a) que solicita el programa de Head Start una discapacidad documentada a través del IEP/IFSP?

      \_\_\_\_ Sí, a través de IEP                                    \_\_\_\_ Sí, a través de ISFP        \_\_\_\_ No discapacidad documentada

Firma del padre(s) o custodio(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para el uso del personal solamente:**

Date Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Processed By: \_\_\_\_\_ Zoning: \_\_\_\_\_ Option: SF or FD/FY



**Programa de Head Start**

350 Pageant Lane, Suite 307

Clarksville, TN 37040

Teléfono: (931) 648-5774 Correo electrónico: (931) 648-5728

---

Estimado padre o custodio:

Gracias por su interés en el programa de Head Start-CMCCAA. Head Start es un programa nacional para el desarrollo del niño(a) designado para proveer servicios comprensivos en las áreas de salud, educación, servicios sociales, y participación de los padres de familias con desventajas económicas.

Por favor, llene la planilla de pre-solicitud de matrícula adjuntada y tráigala con usted a la matriculación. Traiga, también, los documentos siguientes a la matriculación para que sea determinado el estado de su elegibilidad:

- **Prueba del ingreso de la familia (los documentos de impuestos o comprobantes de pago más recientes por 12 meses consecutivos antes de la fecha de la solicitud)**
- **Prueba de recibo de Families First y/o de estampillas de comida, si fue recibido dentro de los últimos 12 meses.**
- **Certificado de nacimiento del niño(a)**
- **IEP o IFSP si el niño(a) tiene documentado discapacidad de aprendizaje**
- **Tarjeta de seguro de salud (no se requiere en el momento de matrícula, pero aceleraría el proceso de matrícula)**

Si su niño(a) es calificado y le es ofrecido un puesto en una clase de Head Start, a usted se le va a pedir proveer la siguiente documentación:

- Tarjeta de seguro de salud del niño(a)
- Certificado de Tennessee de las vacunas del niño(a) (la tarjeta amarilla de vacunas debe incluir la fecha de la próxima dosis)
- El examen físico al día del niño(a) **CON UNA FECHA ACTUAL QUE NO SEA ANTES DE SEPTIEMBRE DEL 2007**
- El examen dental al día del niño(a) **CON UNA FECHA ACTUAL QUE NO SEA ANTES DE SEPTIEMBRE DEL 2007**
- **PUNTOS EXTRAS VAN A SER OTORGADOS A SOLICITANTES QUE PRESENTEN UN EXAMEN FISICO Y UNO DENTAL Y UNA TARJETA DE VACUNAS ACTUALIZADA EN EL MOMENTO DE MATRICULARSE. (10 PUNTOS POR CADA DOCUMENTO)**

El proceso de selección para el año escolar del 2008-2009 va a comenzar en julio. Entonces, el año escolar va a comenzar en agosto.

Una vez más, quiero agradecerle por su interés y pedirle que aliente a otras familias a explorar las muchas oportunidades disponibles en el programa de Head Start-CMCCAA para el desarrollo de niños y de sus familias. Si usted tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, por favor póngase en contacto con las oficinas administrativas del Head Start al (931) 648-5774.

Atentamente,

*Annette Presley-Dupree*

Annette Presley-DuPree

Directora de los Servicios a la Familia