



Doña Ana County Head Start/ Early Head Start

Programa Para El Desarrollo Infantil

2540 El Paseo, Suite B
Las Cruces, NM 88001



Desde 1965, el Programa Federal de Head Start ha promovido exitosamente el enfoque hacia el aprendizaje, crecimiento y desarrollo de los niños.

Nuestra Misión

La misión de Doña Ana County Head Start/Early Head Start es de proveer un programa preescolar comprensivo y de calidad que esta en una asociación dedicada a los padres y la comunidad.

Nuestra Meta

Lograr mayor competencia social en niños de familias de bajos ingresos.

Nuestra Filosofía

El Programa del Condado de Doña Ana cree que:

- Los primeros educadores de los niños son los padres. Para lograr un mayor éxito necesitamos apoyar e involucrar a la familia en la educación de los niños.
- Para que un niño aprenda efectivamente, debe tener confianza en si mismo. El desarrollo emocional/social del niño esta relacionado con su desarrollo cognitivo.
- Un programa preescolar debe tomar en cuenta las necesidades del niño. Esto incluye necesidades medicas, dentales y nutritivos así como las necesidades físicas, sociales culturales, emocionales, e intelectuales.
- Los niños aprenden activamente, usando todos sus sentidos para actuar recíprocamente en sus ambientes.
- Los niños aprenden mejor cuando se provee experiencias que son:
 - * apropiadas para su edad
 - * individualizadas apropiadamente correcto
 - * culturalmente apropiados



Información Del Aplicante

(Use letra de molde para llenar la aplicación)

Por favor use una pluma para llenar la aplicación. La selección para inscripción será basada en: **ingresos, edad, luga, geográfico, necesidades de empleo/educación, necesidades especiales del niño y necesidades familiares.**

TRAIGA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS CON ESTA APLICACION:

- Verificación de Edad. (Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte o registro del hospital).
- Prueba de ingreso que enseñe el ingreso total de la familia. (Forma de impuestos de 2018, 3 talones de cheques consecutivos, ó declaración escrita del patrón, TANF, becas y asistencia financiera).

Aplicaciones incompletas no se consideran para inscripción

ELGIBILIDAD POR EDAD DEL NINO

Se dara prioridad a los niños que tengan 4 años antes del 1 de Septiembre.

ELGIBILIDAD POR INGRESOS DE FAMILIA

Para calificar, el ingreso familiar tiene que seguir las guía de ingreso para 2019
Numero de miembros en la familia / Ingresos

(1) \$12,490	(5) \$30,170
(2) \$16,910	(6) \$34,590
(3) \$21,330	(7) \$39,010
(4) \$25,750	(8) \$43,430

Para familias de mas de 8, aumente \$4,320 por cada miembro adicional.

FAMILIAS CON NINOS DE NECESIDADES ESPECIALES SE LES ANIMA A QUE APLIQUEN

Aplicaciones e inscripción son consideradas sin tomar en cuenta, raza, creencia, color, o retraso/incapacidad fisica

**Doña Ana County Head Start/ Early Head Start
Encuesta de la Comunidad 2019-2020**

Estas preguntas han sido formuladas para obtener información con respecto a las necesidades en la comunidad de Doña Ana County.
Circule por favor su repuesta. Gracias

1. ¿Cómo supo de Head Start? **Agencia Volantes Web Correo Otros**
2. ¿Está usted empleado al momento? **Si No** Si es así: **Tiempo completo Medio Tiempo (menos de 20 hrs. por semana)**
3. ¿Es usted estudiante? **Si No** Si la repuesta es sí, ¿Adónde esta asistiendo? **Preparatoria Escuela Técnica Universidad**
¿Qué programa de estudios esta usted asistiendo?:
Diploma Diploma de Estudios Generales Clases de Ingles Carrera Corta (2 años) Bachillerato Maestría Otro
4. ¿Grado de educación mas alto cumplido? **6 o por debajo 7 8 9 10 11 12 13 14 15**
16 17 18 19+ GED
5. ¿Está usted actualmente participando en algún programa de entrenamiento para trabajar? **Si No** Si es así, que tipo? _____
6. ¿Necesita el cuidado de niños porque su trabajo o su agenda de escuela lo exija? **Si No**
¿Necesita cuidado de niños: **medio día todo el día basado en centro basado en casa**
7. ¿Está usted o su esposa embarazada? **Si No** Si es así, esta recibiendo cuidado prenatal? **Si No**
¿Ha recibido cuidado prenatal en el pasado? **Si No**
Si está embarazada ¿le interesaría saber solote el Programa de "Futuras Madres"? **Si No**
8. Cual de los siguientes servicios en la comunidad usaría usted para cuidar a su niño/a?
Guardería autorizada para servicios en el hogar Algún familiar Guardería Infantil pública o privada Niñera en casa
9. Usted esta interesada en aprender crianza y educación en su casa con usted y sus niños? **Si No**
10. ¿Que es el tipo de transporte que usted usa? **Automóvil propio Amigos/Familia Autobús Otro Ningún**
11. ¿Quien es la cabeza de la familia? **Mujer soltera Hombre soltero Los dos padres Otro**
12. ¿Cuantos individuos hay en su familia inmediata que viven en su casa? _____
13. Circule las edades de niños en su casa que son cinco años de edad y abajo:
Infantes menos de 6 meses 6 - 12meses 12 - 18meses 18meses - 2 años
2 - 3 años 3 - 4 años 4 - 5 años N/A
14. Tiene algún niño/a que haya sido diagnosticado con algún retraso o incapacidad? **Si No** Si es así que edad tiene? _____
Que servicios recibe? **De habla Físico Ocupacional Conductual Otro**
15. Cual de los siguientes, aplica como su ingreso de familiar? Circule todo que aplica.
TANF/Asistencia de dinero Compensación Desempleo SSI (Suplemento de seguro social)
Beneficios de veteranos Seguro Social Prestamos para estudiantes
Trabajo Empleo Estudiantil Otro Origen
16. Circule el ingreso anual de su familia:
0 – 12,490 16,911 – 21,330 25,751 – 30,170 34,591 – 39,010 43,431 – over
12,491 – 16,910 21,331 – 25,750 30,171 – 34,590 39,011 – 43,430
17. Circule los servicios que actualmente esta recibiendo:
Asistencia de comida Subsidized Housing (vivienda subsidiada) Early Head Start
Medicaid Guarderia subsidiada por el estado Head Start
Child Care (Guardería) Healthy Start WIC
Otro (por favor indique): _____
18. ¿A que raza o grupo étnico pertenece? **Hispano Negro Anglosajón Americano Indígena Otro(por favor especifique) _____**
19. ¿Cual es su idioma natal? **Español Ingles Otro (por favor especifique) _____**
20. ¿Usted o su familia sufre de Diabetes? **Si No** ¿Hipertensión? **Si No** ¿Problemas Mentales? **Si No**
¿Asma? **Si No** ¿Enfermedades venéreas? **Si No** ¿Problemas dentales? **Si No** ¿Sobre/Bajo de peso? **Si No**
21. Ciudad donde vive _____

Las Preguntas no reflexionan los servicios que algunos de estos programas ofrecen.



Doña Ana County Head Start/ Early Head Start

Información de familia y niño que solicita los servicios

Información del niño/a (niño que solicita los servicios)					
Nombre (Como aparece en el Acta de Nacimiento)		Segundo	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hawaian/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena(o) de América <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____		Habilidad Ingles <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Habilidad en el otro Idioma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Aseguranza Medica Primaria <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguna		Medicaid <input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> Posible Elegible		Doctor/Clinica Nombre _____ Telef # _____	Dentista/Clinica Nombre _____ Telef # _____
¿Ha recibido su hijo alguna vez intervención temprana o servicios de educación especial (IEP or IFSP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Si contesto que si, cual es la discapacidad? Recibió servicios de: <input type="checkbox"/> TRESKO <input type="checkbox"/> MECA <input type="checkbox"/> DD-Pre <input type="checkbox"/> Aprendamos <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Esta su niño en el proceso de ser evaluado por alguna incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Si contesto que si, que es la condición _____	
¿De qué agencia recibió los servicios para su niño?					

Adulto principal <input type="checkbox"/> Madre Embarazada						
Nombre		Segundo	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hawaian/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena(o) de América <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____		Habilidad Ingles <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Habilidad en el otro idioma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Trabajo Nombre _____ Tel # _____ Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo ¿Dónde? _____
Empleo Actual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado	Relación <input type="checkbox"/> Naturales/Adoptivo / Hijastrro <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo de Crianza <input type="checkbox"/> Otro _____	Custodia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Ultimo año Escolar <input type="checkbox"/> 9 th or Less <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> 10 th <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> 11 th <input type="checkbox"/> Master's Degree <input type="checkbox"/> 12 th <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> College/Training <input type="checkbox"/> College or Advanced Training		Marque todas las que aplican <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> ¿Vive en HUD o Casa del Gobierno? <input type="checkbox"/> Esta sin Casa *Estar sin casa o hogar es definido como perdida de hogar o casa. Por ejemplo si vive en casa de refugio, hotel, carro, camper, edificio abandonado o estación de tren.	

Información del segundo adulto						
Nombre		Segundo	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hawaiian/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena(o) de América <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____		Habilidad Ingles <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Habilidad en el otro idioma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Trabajo Nombre _____ Tel # _____ Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo ¿Dónde? _____
Empleo Actual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado	Relación <input type="checkbox"/> Naturales/Adoptivo / Hijastrro <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo de Crianza <input type="checkbox"/> Otro _____	Custodia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Ultimo año Escolar <input type="checkbox"/> 9 th or Less <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> 10 th <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> 11 th <input type="checkbox"/> Master's Degree <input type="checkbox"/> 12 th <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> College/Training <input type="checkbox"/> College or Advanced Training		Marque todas las que aplican <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> ¿Vive en HUD o Casa del Gobierno? <input type="checkbox"/> Esta sin Casa *Estar sin casa o hogar es definido como perdida de hogar o casa. Por ejemplo si vive en casa de refugio, hotel, carro, camper, edificio abandonado o estación de tren.	

Información de familia			
Dirección Física	Cuidad	Estado	Zona Postal
Dirección de Correo (si es diferente)	Cuidad	Estado	Zona Postal
Correo electrónico Adulto 1	Correo electrónico Adulto 2		
Números de Teléfono	Tipo (marque todos los que aplica)	Nombre y relación (por ejemplo, Mamá, Papá, Abuelo y Abuela)	
Madre ()	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Texto		
Padre ()	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Texto		
Otro ()	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Texto		

Información del hogar				
Cuantos Miembros en la familia del niño ____	Numero de niños ____	<input type="checkbox"/> Un Padre <input type="checkbox"/> Dos Padres	Algun miembro del hogar embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lenguaje principal en el hogar:
Cuantos Miembros en el hogar ____	Edad 0-3 ____ Edad 3-5 ____			

Ingresos de familia – ¿Recibe la familia alguno de los siguiente?				
TANF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SNAP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sostenimiento de niños <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Familia militar activa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Becas y/o asistencia financiera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Ingresos de Familia: (Incluya todos los ingresos de su familia)			
Miembro de Familia	Fuente de Ingreso	Cantidad	¿Cada Cuando le Pagan?

Escriba alguna preocupación familiar:

Escoja el centro más cercano a su casa y la sesión que prefiere:	
Todos los centros trabajan de lunes a jueves. Los centros operan de 8:00 - 11:30 AM y 12:30 - 4:00 PM.	
<input type="checkbox"/> Anthony Centers, 609 Church St. Anthony, NM Cell: (575) 339-3412, 339-3450, Office: (575) 882-5282	<input type="checkbox"/> día completo 8:00am-3:00pm
<input type="checkbox"/> Berino Center, 455 Shrode Rd, Portable #126. Anthony, NM Cell: (575) 339-3413, Office: (575) 882-2010	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Cualquiera
<input type="checkbox"/> Vado Center, 325 Holguín Rd. Vado, NM Cell: (575) 339-3452, Office: (575) 233-5367	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Cualquiera
<input type="checkbox"/> Lester Center, 2220 Lester St. Las Cruces, NM Cell: (575) 339-3440, 339-3383 Office: (575) 527-9013	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Cualquiera
<input type="checkbox"/> NMSU Center, Children's Village – Sam Steel & Williams A-800, Las Cruces, NM Cell: (575) 339-3383, 339-3440, Office: (575) 646-5435	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Cualquiera
<input type="checkbox"/> Compañeros Center, Children's Village – Sam Steel & Williams A-100, Las Cruces, NM Cell: (575) 339-3383, 339-3440 Office: (575) 646-4708	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Cualquiera
Anthony Early Head Start: Cell: (575) 339-3412, 339-3450, Office: (575) 882-5242, 882-5282	
<input type="checkbox"/> Early Head Start – centro con sede en (Lunas-Viernes todo el año)	<input type="checkbox"/> día completo 8:00am-3:00pm
<input type="checkbox"/> Programa basado en el hogar (todo el año)	basado en casa
Vado Early Head Start: Cell: (575) 339-3452, Office: (575) 233-5367	
<input type="checkbox"/> Programa basado en el hogar (todo el año)	basado en casa

Advertencia Fraude: empleados, familias y participantes que intencionalmente cometen fraude en la información de ingresos pueden sufrir consecuencias legales de arresto, multas, expulsiones, encarcelamiento, etc. Estos cargos podrían ser federal, local, estatal y los juicios civiles. Políticas y procedimientos de confidencialidad de la agencia aplican.

Firma de Padre / Guardián	Fecha
POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA CAJA.	
Documents Submitted	
Verification of Age <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Proof of Income <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Verifying Staff Member:	Date: