



# Durham Early Head Start Solicitud 2011 prenatales



## ¿Qué es Early Head Start?

Early Head Start es un programa gratis y completo de desarrollo infantil y apoyo de familia. El programa es para familias de bajos recursos con niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad y para mujeres embarazadas.

**Servicios de visitas en el hogar:** Mujeres embarazadas reciben visitas en su hogar por lo menos una vez al mes de un visitante de hogar quien ha sido entrenado en el currículo “Compañeros para un bebe sano”. Madres reciben información y apoyo para un embarazo sano, y también recursos e información de referencia. Mujeres embarazadas también tendrán la oportunidad de asistir a un Grupo de Jugar con otras familias con hijos dos veces por mes. Las visitas en el hogar están disponibles en español para las familias que hablan español. Madres nuevas y sus bebés se pueden mantener en el programa de servicios de visitas en el hogar hasta que el niño(a) tenga 4 años sin tener que completar otra solicitud.

**Servicios en centro de guardería:** Las madres pueden decidir inscribir a su hijo(a) en cuidado de tiempo completo durante todo el año en un centro de cuidado de niños. Los maestros de Early Head Start cuidarán a su hijo(a) en un ambiente de aprendizaje estimulante para los niños. Los Coordinadores de servicios familiares se reunirán con los padres individualmente para proveer información, recursos y apoyo. Para inscribirle a su hijo(a) en el programa de servicios en centros de guardería, hay que proveer el acto de nacimiento del niño y completar una solicitud completa de Durham Early Head Start.

## ¿Quién es elegible para los servicios de Durham Early Head Start?

Las mujeres embarazadas que:

- ✓ siguientes códigos postales: 27701, 27703, 27704, 27705, 27706, 27707, 27712, and 27713
- ✓ cumple con los requisitos de elegibilidad de ingresos como se determina por Normas Federales de Pobreza de 01/20/2011:

Número en la familia	Ingresos anuales	Número en la familia	Ingresos anuales
2	\$19,123	6	\$38,987
3	\$24,089	7	\$43,953
4	\$29,055	8	\$48,919
5	\$34,021	Agregar \$3,820 para cada miembro adicional	

### Lista de documentos completos:

No podemos determinar si su hijo(a) califica para nuestro programa hasta que recibamos lo siguiente:

- SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA
- COMPROBANTE DE INGRESO O ESTUDIO DE TIEMPO COMPLETO – Talones de cheques del mes actual, W-2 más reciente, formulario de impuestos 1040 más reciente, documentación de SSE o TANF, declaración del empleador, carta de la escuela, horario escolar.
- COMPROBANTE DE DIRECCIÓN EN DURHAM – Copia de cualquiera de los siguientes documentos con su nombre y dirección postal actual - electricidad, agua, gas, teléfono (no celular), cable, contrato de alquiler, el título de propiedad, recibo de impuesto de propiedad.

**Favor de contactarnos si necesita más información y ayuda en llenar la solicitud. Se ofrece ayuda en inglés o español. Se puede enviar la solicitud con los documentos requeridos por correo a dejarla en nuestra oficina. Si trae los documentos a la oficina, podemos sacar fotocopias. Nuestra oficina central se ubica en:**

**1201 S. Briggs Avenue, Suite 110  
Durham, NC 27703  
919-439-7107**



**Continuación de información de la familia**

Será el nuevo bebé viven con:  Ambos padres  Padre  Madre  Abuela(os)  Otro \_\_\_\_\_

¿Es usted?(marque uno):  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda  En Unión Libre

Escriba los nombres de todas las personas que viven en la casa (niños, consortes, miembros de la familia, otras):

NOMBRE	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)

**Las preguntas siguientes contienen temas privados y delicados Sus respuestas sinceras nos ayudarán a determinar las necesidades de su familia, como no indica hacer la subvención federal. Todas las respuestas se mantendrán privadas se usaran únicamente para motivos de selección.**

- Sí  No ¿Están viviendo con amigos, familiares o en un centro de refugio, porque no les alcanza el dinero para tener su propia vivienda?
- Sí  No ¿Ha estado su familia involucrada con el Servicio de Protección del Niño?(CPS)
- Sí  No ¿Han sido testigos usted o su hijo(a) del abuso de alcohol o drogas en su casa?  
Si es así, explique \_\_\_\_\_.
- Sí  No ¿Ha sido testigo su hijo(a) de violencia física o verbal en su comunidad o en su hogar?
- Sí  No ¿Piensa usted que su casa y o vecindario son inseguros?
- Sí  No ¿Hay alguien en la familia que vive con usted que tiene una discapacidad documentada?  
Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_.
- Sí  No ¿Está esta persona recibiendo Ayuda como Suplemento del Seguro Social (SSI) para discapacitados?
- Sí  No ¿Ha perdido el niño(a) a su padre o madre recientemente por causa de muerte, encarcelamiento, separación, divorcio o abandono??
- Sí  No ¿Se sienten usted o su hijo(a) aislados; o tienen pocas oportunidades de interactuar con otros?
- Sí  No ¿Ha habido cualquier otro evento serio que ha traído estrés a su familia recientemente?  
Si es así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Hay otras agencias comunitarias que le dan servicios a usted o alguien más que vive en su casa?  Sí  No Si es así, escríbalas a continuación.**

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA

**¿Su familia recibe alguno de los siguientes servicios o asistencia? (Marque todo lo que aplique):**

- Medicaid/Medicare  Cupones de alimentos  WIC  Asistencia de vivienda  TANF/Asistencia pública/Work First

**INGRESOS DE LA FAMILIA:**

	Madre	Padre (si vive en el hogar)	Ingreso de otros familiares
Empleador actual			
¿Cuánto tiempo?	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses
¿Cuántas horas trabaja por semana?			
Cantidad de Ingresos	\$	\$	\$
¿Cada cuánto recibe pagos?	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes

**OTRAS FUENTES DE INGRESO QUE SE TIENE QUE INCLUIR (con documentación)**

Sustento de niños (de todos los niños)	Cantidad mensual \$
Asistencia familiar ( Work First/TANF)	Cantidad mensual \$
Ingreso Complemental del Seguro Social (SSI)	Cantidad mensual \$
Pagos por cuidado de adopción temporal	Cantidad mensual \$
Beneficios del Seguro Social (SSA)	Cantidad mensual \$
Trabajo de práctica, trabajo de investigación o Beca	Cantidad mensual \$
Desempleo	Cantidad mensual \$

Díganos, ¿Como supo de Durham Early Head Start?

Un volante, folleto, cartel   
  Personal del programa   
  Por boca de otros   
  Radio/Tele/Periódico   
  Familiar/amigo  
 Asistente social   
  Oficina del doctor   
 Otro: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN, INCLUYENDO INGRESOS, PROVISTOS EN ESTA SOLICITUD ES EXACTA Y VERDADERA DE ACUERDO CON MI MEJOR CONOCIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PADRES/TUTOR LEGAL**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PERSONAL**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**FECHA**