



HEADSTART DEL CONDADO DE BRAZORIA
ESCUELAS DE APRENDIZAJE TEMPRANO, INC.
651 West Miller Street Angleton Texas 77515 (979)849-1881



Head Start Early Learning Schools Inc. del condado de Brazoria es una escuela de la primera infancia financiada por el gobierno federal para niños de familias de bajos ingresos desde los tres años hasta la edad escolar pública. Cualquier niño de 3 a 5 años con una discapacidad o sin hogar también puede calificar. Los servicios son gratuitos para familias de bajos ingresos cuyos hijos recibirán una beca.

Ubicación de inscripción 2024-2025

Brazoria - 120 W. Pleasant St.

979-798-2391

Información necesaria:

- Acta de nacimiento del niño
- Registro de disparos actualizado
- Examen físico actualizado
- Examen dental actualizado
- Comprobante de ingresos de los padres o tutores del niño que inscribe:
 - * Formularios W2,
 - * Talones de cheques (para todos los períodos de pago durante los últimos 12 meses o año calendario)
 - * Declaración de impuestos 1040
 - * Documentación de desempleo
 - * Documentación de manutención infantil
- Carta de verificación de cupones para alimentos (si corresponde)
- Tarjeta de Medicaid o Tarjeta de seguro (si corresponde)
- Prueba de tutela (si corresponde)
- Documentación de discapacidad (si corresponde)

Estado de la misión

Head Start Early Learning Schools Inc. del condado de Brazoria, es un programa integral de la primera infancia desde el nacimiento hasta los cinco años, existe para proporcionar administración de casos y preparación escolar para familias y niños para fomentar la autosuficiencia familiar y la estabilidad familiar al mismo tiempo que se garantiza la dominio cognitivo, físico y moral de cada niño.

PRE-SOLICITUD 2024-2025



Información del padre / tutor

*** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea removido de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ***

Nombre completo del padre _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Custodia S / N Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

Dirección

¿Su familia está pasando por la falta de vivienda? S / N

Dirección de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal igual que la dirección de residencia

Otros adultos

¿Hay otro padre / tutor en la familia? S / N En caso afirmativo, indíquelos a continuación.

Nombre completo _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Custodia S / N Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

¿Hay otros adultos en el hogar? Indíquelos a continuación. Utilice papel adicional si es necesario.

Nombre completo _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

Información familiar

*** Familia significa todas las personas que viven en el mismo hogar y que reciben el apoyo de los ingresos de los padres o tutores del niño; y están relacionados con los padres o tutores del niño por sangre, matrimonio o adopción; o es el cuidador autorizado del niño o la parte legalmente responsable. ***

**** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ****

Número de padres / tutores. Por favor circule uno: Hogar monoparental Hogar biparental

Idioma principal en el hogar _____

Número en el hogar _____ Ingreso bruto anual _____

- ¿Su familia recibe beneficios en efectivo u otros servicios bajo el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia está recibiendo servicios de WIC? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia está recibiendo servicios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), anteriormente conocido como Cupones para Alimentos? Por favor marque. S / N
- ¿Es al menos uno de los padres / tutores un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Por favor marque. S / N
- ¿Es al menos uno de los padres / tutores un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Por favor marque. S / N

Contactos de emergencia

Nombre	Relación	¿Podemos comunicarnos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted?	¿Podemos entregar a su hijo a esta persona?	Dirección	Teléfono M- Móvil H - Casa W- Trabajo

Niño/Niña (solicitante)

*** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea removido de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ***

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

Último nombre _____

Cumpleaños _____ Sexo _____

Raza _____ Hispano S / N

Dominio del inglés Por favor circule uno. Poco / Moderado / Competente / Ninguno

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Cobertura de salud primaria _____

Otra cobertura _____

Número de Medicaid _____

Médico / Hogar médico _____

Cobertura dental _____

Dentista / Hogar dental _____

¿Su hijo tiene una discapacidad o le preocupa el desarrollo de su hijo? Encierre en un círculo una S / N

¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su hijo?

Preferencias de ubicación

¿Qué programa está solicitando? Encierre en un círculo uno.

Early Head Start: bebés y niños pequeños

Head Start - Preescolar Edades 3-5

Hermanos/Hermanas

**** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ****

¿Hay otros niños en la familia? Si es así, por favor complete.

Nombre	Apellido	Cumpleaños	Sexo

Al completar TODA LA información ANTERIOR, usted certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc.

Gracias por completar la solicitud de preinscripción. Un miembro de nuestro personal se comunicará con usted dentro de los 5 días hábiles. Esté preparado para proporcionar comprobantes de ingresos, que incluyen el Formulario 1040 del IRS, formularios BCHS ERSEA (si corresponde), SSI, Beneficios de desempleo, carta de colocación en hogares de crianza o recibos de pago de un mes para cada padre / tutor en el hogar. Certificado de nacimiento, registros de vacunas, Medicaid o tarjeta de seguro, IEP o IFSP (si corresponde) para el niño solicitante. Cualquier papeleo ordenado por la corte. Si tiene alguna pregunta, diríjala al campus. Angleton: 979-849-9261, Brazoria: 979-798-2391, Lake Jackson: 979-297-8018.

**** Tenga en cuenta: solo el padre con custodia puede completar la documentación de inscripción del niño. Los horarios de inscripción son con cita previa. Solicitamos que solo una persona del hogar asista a esta cita para practicar un distanciamiento social seguro. Los padres estarán sujetos a que se les tome la temperatura antes de ingresar a cualquier edificio de BCHS. Use una máscara antes de ingresar al edificio, si no tiene una máscara, se le proporcionará una. ****

Firma de los padres _____

Fecha _____