



BRAZORIA COUNTY HEAD START EARLY LEARNING SCHOOLS INC.

651 West Miller Street Angleton Texas 77515
(979)849-1881



Brazoria County Head Start Early Learning Schools Inc , Avanzada financiado por el Gobierno Federal Para el Programa del Desarrollo del Niño de familias de bajos ingresos edades de tres hasta la edad escolar. Los niños de 3 a 5 años con discapacidades pudieran ser aceptados. No se paga por este programa y todos los participantes reciben becas

Lugares de Inscripción

Alvin Head Start School, 1019 E. House Street 281-331-7970

Angleton Head Start School, 651 West Miller 979-849-9261

Brazoria Head Start School, 120 West Pleasant St. 979-798-2391

Lake Jackson Head Start School, 303 Garland Dr. 979-297-8018

Pearland Head Start School, 2920 Oak Road 281-412-3710

Sweeny Head Start School, 601 Sycamore 979-548-5959

Freeport Head Start School, 1216 West 9th Street 979-233-5673

Información que Necesitamos:

MUY PRONTO
Tendremos espacio limitado: pagando; para las familias que su ingreso sea mas alto que la guia de pobreza.

- Certificado de nacimiento
- Exámen Físico General (reciente)
- Exámen Dental (reciente)
- Certificado de vacunas (al día)
- Comprobante de ingresos de los padres o guardián del niño
- Carta para verificar las estampillas de comida (si es aplicable)
- Tarjeta de Verificación de Medicaid o otra tarjeta de seguro (si es aplicable)
- Comprobante de la tutela si usted va a firmar las formas para alguien que no es su hijo.



Declaración de la Mision

Brazoria County Head Start Early Learning Schools Inc, un Programa de Educación Preescolar completo de nacimiento hasta cinco años, existe para proveer manejo de casos y preparar a los niños para la escuela y para que las familias y los niños desarrollen suficiencia personal y la familia estabilidad simultaneamente asegurando que cada niño domine lo social, emotional, cognitivo físico y moral.

HS/CDC Revised 5/2015

LLENE LA APLICACION ADJUNTA

Si es posible me gustaría
 a.m. p.m. Todo el día

Brazoria County Head Start Early Learning Schools Inc.
APLICACIÓN DE BECA PARA PRE-INSCRIPCIÓN
Edad Sept. 1^{ro}. _____

1^{er} Año
 2^{do} Año
 3^{er} Año

Nombre del niño: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Padre O Guardián: _____ E-Mail: _____

Raza:	<input type="checkbox"/> Negra, África/Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Biracial/Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
	<input type="checkbox"/> Americano O Nativo Alaska	<input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____			
Clase Etnica:	<input type="checkbox"/> Hispano O de Origen Latino		<input type="checkbox"/> No Hispano ni Origen Latino		

Que idioma hablan en casa: _____ Que idioma habla el niño la mayor parte del tiempo: _____

Que Clase de Familia:(marque las que se apliquen)

- Madre Soltera (Solo Figura Materna) Padres Soltero (Solo Figura Paterna)
 Madre Soltera (Solo Figura Materna) Viviendo con Compañero Padre Soltero (Solo figura paterna) Viviendo con Compañera
 Familia con 2 Padres Familia Adoptiva Abuelos Como Padres

Estado Civil: Casado Soltero Separado Divorciado Viudo Otro _____

Empleo/Padre: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Empleo/Madre: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Personas que viven en casa sostenidas con el ingreso de los padres: (escriba atrás de la hoja si necesita)

(Nombre, Apellido)	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento

Total de personas que viven en casa _____

Ha asistido su niño a un programa pre-escolar anteriormente? Si No

Ha asistido su niño a un programa de Head Start anteriormente? Si No Ha asistido su niño a Early Head Start anteriormente? Si No

Identificación de la familia sin hogar::

Es su dirección un arreglo de vivienda temporal? Si No

Por favor marque el que mejor indique el arreglo de vivienda temporal:

- Hotel / Motel Albergue Con más de una Familia en una Casa o Apartamento Moviéndose de lugar en lugar
 En un lugar no designado o acomodado para dormir como: un carro, el parque, o un campamento Otro _____

Necesidades Especiales:

El Distrito Escolar o alguna otra agencia ha determinado que su niño tiene alguna inhabilidad? Si No

Si tiene, por favor traiga una copia del IFSP o IEP y explique:

Sospecha usted que su niño tiene alguna discapacidad? Por ejemplo: dificultad al pronunciar palabras; problemas para escuchar, caminar, o de aprender, su habilidad de aprendizaje es muy lenta?: Si No

¿Qué más necesitamos saber para ayudarle a participar en nuestro programa? _____

* Padres y Guardianes: Al llenar esta aplicación no quiere decir que su niño ha sido aceptado en el programa de Head Start. Le notificaremos por correo, o teléfono, el siguiente paso en el proceso de Pre-inscripción. Si encontramos que la información es falsa usted podría ser despedido del programa.

Certificación: Yo he revisado la aplicación de pre-Inscripción, y al firmarla, yo certifico que toda la información que escribí en esta aplicación hasta lo que yo sé es verdadera y correcta.

Padre/Madre/ Guardián

Fecha