



# Episcopal Children's Services

*Better Lives Start With Better Beginnings.*

Estimados Padres,

Gracias por su interés en el programa de Early Head Start de Episcopal Children's Services. Por favor de llenar el formulario de solicitud incluido con esta carta. Es importante que usted incluya con la solicitud una prueba de ingreso o salario, verificación de la edad de niño(a), y prueba de residencia. Su solicitud no estará completa sin estos documentos.

**1. La Comprobación de ingresos** (*incluya por favor uno de los documentos siguientes reflejando los doce meses anteriores. Uno de estos documentos debe tener una fecha de por lo menos 30 días antes de la firma de esta solicitud.*)

- Carta de Comprobación de Ayuda Estatal (AFDC, TANF, o SSI)
- Talonarios de Pago
- Sobres de la Paga
- W2's
- El Impuesto Individual Forma 1040
- Carta de Verificación de Empleo
- Compensación de desempleo (carta de reclamación o talón de pago)

**2. Verificación de la edad de niño(a)**

- Certificado de nacimiento

**3. Prueba de Residencia**

- Factura de servicios públicos (Agua, Electricidad, Proveedor de Televisión)
- Contrato de Alquiler o Arrendamiento

Por favor de llevar o enviar su aplicación y las pruebas pedidas anteriormente al centro que usted esta interesado. Si usted desea matricular a su niño(a) en los centros localizados en el Condado de Duval favor de traer o enviar su aplicación a nuestra oficina central en la calla de Baymeadows.

Si usted tiene cualquier pregunta, siéntase libre de llamar la oficina central o cualquier Centro en la siguiente lista. El personal de Head Start/Early Head Start estará encantado de ayudarle a llenar su solicitud o contestar cualquier pregunta.

**Episcopal Children's Services**

8443 Baymeadows Rd., Suite 1  
Jacksonville, FL 32256  
Phone: (904)-726-1500 ext. 227  
Fax: (904)-726-1520  
Email: [kbonesteel@ecs4kids.org](mailto:kbonesteel@ecs4kids.org)

**Middleburg Head Start/Early Head Start**

2506 Blanding Blvd.  
Middleburg, FL 32068  
Phone: (904)-291-5472  
Fax: (904)-291-5474

**Baker County Early Head Start**

522 S. 6<sup>th</sup> St.  
Macclenny, FL 32063  
Phone: (904)-259-8431  
Fax: (904)-259-7540

**Green Cove Springs Head Start/Early Head Start**

1107 Martin Luther King Blvd.  
Green Cove Springs, FL 32043  
Phone: (904)-529-1150  
Fax: (904)-529-1151



8443 Baymeadows Rd, Suite 1  
Jacksonville, FL 32256  
[www.ecs4kids.org](http://www.ecs4kids.org)



ChildPlus ID de la Familia \_\_\_\_\_

### Información de Familia

# de Solicitud \_\_\_\_\_

Las casillas sombreadas serán completadas por empleados de la agencia.

Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### Información General

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono	Hogar, Trabajo, Celular, etc.	Primario	Notas
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Número en el Hogar \_\_\_\_\_ Número en la Familia \_\_\_\_\_ Número de Niños(as) \_\_\_\_\_ Por Edad: 0-3 \_\_\_\_\_ 4-5 \_\_\_\_\_

Estado de Padre/Madre  Uno  Dos Lengua Principal en el Hogar \_\_\_\_\_ Sitio Principal \_\_\_\_\_

#### Información de Familia

TANF  Sí  No  Anteriormente  SSI  WIC WIC ID \_\_\_\_\_

Miembro de Familia	Fecha	Fuente de Ingresos	Cantidad	Por	Cantidad Annual	Tipo	Desc.	Verif. <sup>3</sup>

**1. Códigos de Tipo**      **2. Códigos de Descripción**      **3. Códigos de Verificación**  
 ERN–Ganado    SUB–Subvencionado    PEN–Pensión    SSI–SSI    SS–Seguro Social    CS–Trozo de Cheque    W2–W-2    EL–Carta del Patrón    TAN–TANF

Notas de Ingresos \_\_\_\_\_

#### Contactos de Emergencia

Contacto 1	Nombre	Relación al Niño(a)	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Ceder al Niño(a)	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono 1	Tipo / Notas	Teléfono 2	Tipo / Notas
Contacto 2	Nombre	Relación al Niño(a)	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Ceder al Niño(a)	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono 1	Tipo / Notas	Teléfono 2	Tipo / Notas
Contacto 3	Nombre	Relación al Niño(a)	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Ceder al Niño(a)	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono 1	Tipo / Notas	Teléfono 2	Tipo / Notas

#### Doctor/Dentista

Nombre del Doctor      Dirección      Ciudad      Estado      Códig o Postal      Teléfono

Nombre del Dentista      Dirección      Ciudad      Estado      Códig o Postal      Teléfono

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El ingreso de este(a) niño(a) es elegible para Head Start?  Sí  No

Empleado Verificador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Información de Miembro de Familia

Las casillas sombreadas serán completadas por empleados de la agencia.

Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Adulto Principal				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	Sexo	NSS	Identificación Alterna	
Nivel de Educación	Estado de Empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente <input type="checkbox"/> Subvencionado Dirección de Email _____		
Notas				

Adulto Secundario				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	Sexo	NSS	Identificación Alterna	
Nivel de Educación	Estado de Empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente <input type="checkbox"/> Subvencionado Dirección de Email _____		
Notas				

Participante 1				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	Sexo	NSS	Identificación Alterna	
<b>Raza</b> (escoja todos los que <input type="checkbox"/> apliquen) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad	Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Lengua Primaria		
	Nacionalidad	Otra Lengua Hablada _____ <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Lengua Primaria		
	Relación al Adulto Principal	<input type="checkbox"/> Custodia	Relación al Adulto Secundario	<input type="checkbox"/> Custodia
Elegibilidad de Medicaid	Número de Medicaid	Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	Número del Seguro
Notas				

Participante 2				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	Sufijo
Fecha de Nacimiento	Sexo	NSS	Identificación Alterna	
<b>Raza</b> (escoja todos los que <input type="checkbox"/> apliquen) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad	Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Lengua Primaria		
	Nacionalidad	Otra Lengua Hablada _____ <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente <input type="checkbox"/> Lengua Primaria		
	Relación al Adulto Principal	<input type="checkbox"/> Custodia	Relación al Adulto Secundario	<input type="checkbox"/> Custodia
Elegibilidad de Medicaid	Número de Medicaid	Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	Número del Seguro
Notas				

Otros Miembros de Familia					
Adulto(a)/ Niño(a)	Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	NSS
Notas					
<b>1. Códigos del Estado de Empleo:</b> F- Todo el Tiempo, P – Entrenamiento Parte del Tiempo, R – Retirado o Incapacitado, T – Entrenamiento o Escuela, B – Todo el Tiempo & Entrenamiento, I – Parte del Tiempo & Entrenamiento, S – Empleado por Temporada, U – Desempleado					

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

