



**HEAD START  
PRONTO APRENDER  
Aplicacion de Inscripcion**

***Ningun niño es aceptado automaticamente. Cada niño es puesto en lista de espera.  
Una aplicacion rapida no garantiza la aceptacion en el programa.***

Nuestro programa no opera en que el primero que llega/es primero en atender. Cuando esta un espacio disponible en la opcion que usted solicito, todos los niños en la lista de espera para cuya opcion seran considerados.

Para completar una aplicacion rapida, usted puede:

- Llamar o venir a su oficina local de Head Start.
- Imprima una forma por-correo de nuestro sitio web – [www.pacecaa.org](http://www.pacecaa.org).

**La siguiente informacion se requiere y puede mandarse por correo o la puede traer a nuestra oficina.**

**Su niño no es elegible para la seleccion sin la siguiente informacion.**

1. Verificacion de sus ingresos totales por los ultimos 12 meses (talones de cheque, declaracion de impuestos, manutencion, asistencia publica, etc.)
2. Una copia oficial de la acta de nacimiento de su niño.
3. Si su niño tiene una incapacidad que afecta su habilidad de aprender – necesitaremos una copia del IEP/ IFSP de su niño.
4. Si aplica – Una copia de cualquier documentacion legal (tutor, adopcion, etc.)

**Tanto puede traer la forma adjunta y los documentos requeridos a su Head Start local**

**o**

**Mande la forma adjunta y la documentacion requerida a:**

**Regrese la forma a:**

Pace Assistant Director  
525 N. 4<sup>th</sup> St.  
Vincennes, IN 47591

A Su Cento de Head Start local

por fax: 812-882-7982

***La computadora da los puntos de aceptacion determinados para el programa.*** Si su hijo es seleccionado, una Especialista de Familia lo contactara a usted para programar una visita de inscripcion. Despues, su Maestra / Visitante de Hogar lo llamara para programar una visita de hogar inicial.

**Es muy importante el reportar cualquier cambio de direccion o numero de telefono a la  
Especialista de Familia.**



**Head Start & Pronto Aprender  
Forma Aplicacion por Correo**

Yo certifico que la informacion escrita abajo para PACE Agencia Comunidad en Accion, Inc. Programa Head Start / Pronto Aprender es correcta y verdadera. Yo entiendo que si el Programa Head Start / Pronto Aprender determina que la informacion escrita es falsa o incorrecta; mi niño sera quitado del programa.

**ESCRIBA CLARAMENTE**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Telefono #: \_\_\_\_\_ Otro telefono #: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Direccion/Ciudad: \_\_\_\_\_

- Raza:  Blanco  Afroamericana  Biracial  Otro  
 Ethnicity:  Hispano  No-Hispano  
 Idioma:  Ingles  Espanol  Otro

Nombres, los cumpleaños y la relación de todas las personas que viven en la casa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Vive en la casa con el niño?  Si  No

**Estado de Empleo del Padre:**

- Empleado Tiempo-Completo  Empleado Medio-Tiempo  Empleado por Temporadas  
 Sin empleo  Jubilado  Discapacitado  Estudiante de Tiempo Completo

**Está esta persona inscrita en la escuela o entrenamiento de trabajo?**

- Si-tiempo complete  Si-medio tiempo  No

**Nivel educativo del Padre/Tutor:**  Menos de la Secundaria  Graduado de la Secundaria o GED

Titulo de Asociado, escuela vocacional, o algo de colegio  Un titulo avanzado o titulo de bachiller

**Idioma:**  English  Spanish  Other

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ (si aplica) Vive en la casa con el niño?  Si  No

**Estado de Empleo del Padre:**

- Empleado Tiempo-Completo  Empleado Medio-Tiempo  Empleado Temporadas  
 Sin empleo  Jubilado  Discapacitado  Estudiante de Tiempo Completo

**Esta esta persona inscrita en la escuela o entrenamiento de trabajo?**

- Si-tiempo complete  Si-medio tiempo  No

**Nivel educativo del Padre/Tutor:**  Menos de la Secundaria  Graduado de la Secundaria o GED

Titulo de Asociado, escuela vocacional, o algo de colegio  Un titulo avanzado o titulo de bachiller

**Marque lo siguiente de la informacion que es verdadera sobre su hogar:**

- El niño para el cual aplica a sido victima de abuso de niños documentado o negligencia infantil  
 Usted no tiene casa o es desamparado  
 El niño para el cual aplica tiene discapacidad documentada que afecta su habilidad de aprender  
 Recibe SNAP (Estampillas de Comida)  Recibe WIC

Referencia (Especique): \_\_\_\_\_