



Amador Tuolumne Community Action Agency Early Childhood Services



Head Start/Early Head Start and California State Preschool Program

**Ofrecemos estos programas de desarrollo infantil en los condados de Amador y Tuolumne.
En el condado de Amador:**

- Clase de Tiempo Extendido para niños de 3-5 años (8:30-3:00) Jackson
- Clase de Tiempo Extendido para niños de 3-5 años (8:00-2:30) Ione
- Clases de Medio Día para niños de 18 meses-3 años (8:30-2:30) Jackson
- Clases de Medio Día para niños de 6 semanas-3 años (8:00-2:00) Ione
- Programa de Visitas en el Hogar para niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad y para mujeres embarazadas.

Nuestros programas son gratis.

Nuestros programas ayudan a los niños a adquirir habilidades académicas y prepararlos para kindergarten y al mismo tiempo se aseguran que estén saludables y listos para aprender. También les brindamos a los padres la oportunidad de aprender habilidades de liderazgo, y ser voluntarios en el salón de clase. Nuestro personal de servicios familiares ayudara a los padres a obtener información para servicios de ayuda y de agencias de la comunidad. Early Childhood Services ofrece comidas en cada centro por medio de la participación en el programa Federal de Child Care Food Program.

Esta institución es un proveedor de oportunidades de igualdad.

¡Para que su niño alcance su potencial al máximo asegúrese de matricularlo hoy!

Para Aplicar

Para solicitar servicios, por favor pase a la oficina, o llame a uno de nuestros centros, o marque al (209) 533-0361 extensión 240, para hacer una entrevista y hablar con uno de nuestros miembros de personal. Durante la entrevista, vamos a ayudarlo a completar una solicitud y determinar si tenemos toda la documentación necesaria para establecer la elegibilidad de su niño. Para ayudarnos, te pedimos que traiga lo siguiente a tu entrevista:

- Acta de nacimiento (no es necesario para las mujeres embarazadas)
- Verificación de ingresos, o prueba de la falta de vivienda o cuidado de crianza.
- Tarjeta de vacunación del niño/a
- Las familias de los niños con discapacidades se les anima a aplicar (por favor trae el IFSP/IEP)

La elegibilidad de su niño/a será determinado después de cumplir su entrevista, y la solicitud y documentación están completas.

Para los niños elegibles damos la prioridad para la colocación en el programa en acuerdo de nuestros criterios de selección. Por favor tenga en cuenta que presentar una solicitud y completar una entrevista en persona no significa que su hijo/a ha sido aceptado automáticamente en nuestro programa.

Nos pondremos en contacto cuando una abertura está disponible en su programa preferido. Si tienen preguntas de Early Head Start, Head Start, Prescolares del estado de California o para solicitar servicios, llame al (209) 533-0361 extensión 240.

**Si usted tiene alguna pregunta acerca de Early Head Start, Head Start, California estado preescolar o solicitar servicios, por favor llamar al 628-3116.
ayuda con la aplicación, por favor llámenos al (209) 628-3116.**



EARLY HEAD START---HEAD START---CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

A. Padre/Guardián: Nombre completo incluyendo segundo nombre				Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Números de teléfono: Casa Celular Trabajo			
Relación con el niño inscrito: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Pariente además de un abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro _____											
Primer idioma:		Segundo idioma:		Origen étnico /raza:		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - Si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Estado civil:	Nivel de educación:	
A. Domicilio de los Padres:				Ciudad		Estado		Código postal			
A. Dirección Postal de los Padres:				Ciudad		Estado		Código postal			
A. Madre/guardián Nombre del empleador o de la escuela:		Horario:		Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vie.	Sáb.	Total de Horas por semana:
Ocupación:											
A. Está trabajando para el militar de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Está veterano para el militar de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
B. Padre/Guardián: Nombre completo incluyendo segundo nombre				Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento		Números de teléfono: Casa Celular Trabajo			
Relación con el niño inscrito: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Pariente además de un abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro _____											
Primer idioma:		Segundo idioma:		Origen étnico /raza:		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - Si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Estado civil:	Nivel de educación:	
B. Domicilio de los Padres:				Ciudad		Estado		Código postal			
B. Padre/guardián Nombre del empleador o de la escuela:		Horario:		Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vie.	Sáb.	Total de Horas por semana:
Ocupación:											
B. Está trabajando para el militar de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Está veterano para el militar de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

(EHS) LAS MADRES EMBARAZADAS:	
Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ / _____ / _____	¿Está usted recibiendo servicios prenatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor, escriba alguna preocupación especial acerca de su embarazo: _____	

Elegibilidad de la familia y razón para necesitar los servicios. Marque las que corresponden:		
<input type="checkbox"/> Servicios protectores para niños	<input type="checkbox"/> Trabajando	<input type="checkbox"/> Asistiendo escuela o capacitación
<input type="checkbox"/> Experiencia pre-escolar	<input type="checkbox"/> Buscando empleo actualmente	<input type="checkbox"/> Padre/Guardián discapacitado
<input type="checkbox"/> Cuidado para su bebé de 3 años o menos	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Hijo adoptivo
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Cal Works	<input type="checkbox"/> Otro:

Ingresos brutos familiares por año. Marque una sección:			
* Cálculos exactos de ingreso serán basados sobre las pruebas proveídas de sus ingresos.			
<input type="checkbox"/> \$0-\$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001-\$15,000	<input type="checkbox"/> \$15,001-\$20,000	Número de personas en la familia:
<input type="checkbox"/> \$20,001-\$25,000	<input type="checkbox"/> \$25,001-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 +	
<input type="checkbox"/> Incluir pruebas de ingreso de todo un mes: por ejemplo: copia del talón de cheque, carta del patrón, o aviso actual de Servicios Sociales o del Seguro Social.			



EARLY HEAD START---HEAD START---CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

Enumere a todos los niños que residen en su hogar y estos serán contados en el tamaño de la familia.
PARA MADRES EMBARAZADAS: Por favor escriba "todavía no nacido" en lugar del nombre del niño y escriba la fecha del parto.

(Empezando por el niño inscrito)

1. Nombre completo del niño (incluya segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Origen étnico /raza:	Primer Idioma:
¿Tiene este niño necesidades especiales o alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, explique:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - Si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Segundo Idioma:
2. Nombre completo del niño (incluya segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Origen étnico /raza:	Primer Idioma:
¿Tiene este niño necesidades especiales o alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, explique:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - Si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Segundo Idioma:
3. Nombre completo del niño (incluya segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Origen étnico /raza:	Primer Idioma:
¿Tiene este niño necesidades especiales o alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, explique:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - Si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Segundo Idioma:
4. Nombre completo del niño (incluya segundo nombre)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Origen étnico /raza:	Primer Idioma:
¿Tiene este niño necesidades especiales o alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, explique:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí - si sí ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			Segundo Idioma:

¿Necesita su niño aprender a usar el baño? Sí No

¿Tiene usted o alguien más alguna preocupación sobre la salud general de este niño, de desarrollo, aprendizaje o comportamiento?
 Sí No

Si sí, por favor explique: _____

¿Ha asistido este niño a una guardería o un programa pre-escolar en el pasado? Sí No ¿Sí, adonde? _____

¿Está usted en WIC? Sí No Previamente

¿Está recibiendo estampías de comida con Cal Fresh? Sí No Previamente

¿Está recibiendo servicios de TANF (Cash Aid)? Sí No Previamente

¿Cómo supo acerca de ATCAA Early Head Start---Head Start---Pre-Escolar del Estado?

Internet Periódico Radio Volante Familiar Amigo TV

Otro, Favor de explicar _____

¿Eres un empleado de ATCAA? Sí No ¿Eres familiar de un empleado de ATCAA? Sí No Si sí, ¿quién? _____

(Las aplicaciones de los trabajadores de ATCAA y familiares deberán ser aprobadas por el director de ATCAA y el director ejecutivo antes de recibir servicios de ATCAA.)

ATCAA da la bienvenida a los niños con necesidades especiales.



Marque su primera, segunda y tercera opción.	El Nombre de Clase y Las Horas	Días	Años de edad	Dirección
HEAD START & PRE-ESCOLAR del ESTADO (año escolar)				
	Jackson 8:30 am - 3:00 pm	Lunes-Viernes	3-5	151 Shopping Drive, Jackson (209) 768-5866
	lone 8:00 am- 2:30 pm	Lunes-Viernes	3-5	108 W. Marlette, lone (209) 768-5866
EARLY HEAD START (todo el año)				
	Amador Home Base	una vez a la semana	las madres embarazadas	Educación en su casa una vez a la semana.
	Amador Home Base	una vez a la semana	0-3	Educación en su casa una vez a la semana y socialización dos veces al mes.
	Jackson 8:30 am - 2:30 pm	Lunes-Viernes	18 meses-3 años	101 Shopping Drive, Jackson (209) 768-5866
	lone 8:00 am-2:00 pm	Lunes-Viernes	6 semanas-3 años	108 W. Marlette, lone (209) 768-5866

Para ser elegible en el programa, debe reunir las siguientes condiciones:

- Ser residente del Condado de Amador.
- Para Head Start: Los niños inscritos deben tener 3 años; Pre-Escolar del Estado: Los niños inscritos deben tener 3 años de edad antes del 1 de septiembre
- Los niños de Early Head Start necesitan tener 0-3 años: Las mujeres embarazadas puedan tener cualquier edad. Las familias deben cumplir con las pautas de ingresos.

Por favor triga los síguete documentos a la cita de entrevista:

- Acta de nacimiento del niño.
- Verificación de ingresos (talón de cheque, el desempleo, SSI/SSA, manutención de los hijos, W2, carta del empleador), o prueba de la falta de vivienda o cuidado de crianza
- Tarjeta de vacunación del niño.
- Si su hijo tiene una discapacidad, adjuntar una copia de su IFSP o IEP.

Yo certifico bajo pena de perjurio que cualquier otro adulto viviendo en el hogar cuyos ingresos no está en la lista no son los padres biológicos, adoptivos, o padrastros de mi hijo (s). Además, certifico que la información en esta solicitud de inscripción es verdadera y está completa en lo mejor de mi conocimiento. Si alguna parte es falsa o se omite, mi participación en alguno de los programas de esta agencia puede ser terminada y puede estar sujeto a acciones legales. Entiendo que mi elegibilidad podrá ser revisada por los representantes del Estado de California y el Gobierno Federal.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ (opcional)

Si ustedes tienen una pregunta sobre mi solicitud, prefiero ser contactado por:

- teléfono un mensaje de texto el correo electrónico

Para solicitar servicios, por favor pase a la oficina, o llame a uno de nuestros centros o marque al (209)533-0361 extensión 240, para establecer una entrevista y hablar con uno de nuestros miembros de personal. Si usted tiene alguna pregunta acerca de Early Head Start, Head Start, preescolar del estado de California, o para solicitar servicios, comuníquese al (209)533-0361 extensión 240.

¿Qué viene después...? Usted recibirá una carta para confirmar el estado de su solicitud. Le dejaremos saber si necesitamos más información. Por favor póngase en contacto con nosotros si cambia su dirección, ingresos, número de teléfono (s) u otra información de la familia. Toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial y será utilizada solamente para determinar su elegibilidad. Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud por favor llame al (209) 628-3116.



De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.