



Early/Head Start Application

Hill Country Community Action Association, Inc.
 2905 W. Wallace, P.O. Box 846 San Saba, TX 76877
 Telephone: 325.372.5167 ext.250



2022-2023

Applicant Information (Child or Pregnant Mom) [Informacion del niño(a) o mujer embarazada]			
First and Last name [Primer Nombre y Apellido de Niño(a)]		Date of Birth or Expected due date [Fecha de Nacimiento]	Gender [Sexo]
Race (Check one) [Raza] [(Llene uno)]		Hispanic [Hispano]	Primary Health Coverage [Cobertura de Salud Primaria]
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native [Americano Native] <input type="checkbox"/> Asian [Asiático] <input type="checkbox"/> Black [Negro] <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander [Isleño Pacifico] <input type="checkbox"/> Multi-Racial [Multirracial] <input type="checkbox"/> White [Blanco] <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Other
Does this child have a current IEP or IFSP? [Este niño tiene un IEP o IFSP?] <input type="checkbox"/> Yes [Sí] (Please provide proof) <input type="checkbox"/> No			

Primary Adult living in home [Adulto primario que vive en el hogar]			
First and Last Name [Primer Nombre y Apellido]		Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Gender [Sexo]
Race (Check one) [Raza] [(Llene uno)]		Hispanic [Hispano]	English Proficiency [Habilidad de Inglés]
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native [Americano Native] <input type="checkbox"/> Asian [Asiático] <input type="checkbox"/> Black [Negro] <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander [Isleño Pacifico] <input type="checkbox"/> Multi-Racial [Multirracial] <input type="checkbox"/> White [Blanco] <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little [Pobre] <input type="checkbox"/> Moderate [Moderada] <input type="checkbox"/> None [Ninguna] <input type="checkbox"/> Proficient [Proficiente]
<input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Col or Adv Train <input type="checkbox"/> GED		Highest Grade Completed [Nivel de Educación] <input type="checkbox"/> Grade 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Grade 12 <input type="checkbox"/> < Grade 9 <input type="checkbox"/> HS Graduate <input type="checkbox"/> Master's	
Employment Status [Estado de Empleo]		Child's Relationship [Relación al Niño(a)]	
<input type="checkbox"/> Full Time [Todo el tiempo] <input type="checkbox"/> Part Time [Parte de tiempo] <input type="checkbox"/> Seasonal [Temporada] <input type="checkbox"/> Unemployed [Desempleado] <input type="checkbox"/> Retired or Disabled [Retirado o Incapacitado]		<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step [Biologico/Adoptado/Padrasto] <input type="checkbox"/> Foster [Adoptivo] <input type="checkbox"/> Grandchild [Nieto] <input type="checkbox"/> Other Relative [Otro pariente] <input type="checkbox"/> Other [Otro]	
Phone Number:		Email Address:	

Secondary Adult living in home [adulto secundario que vive en el hogar]			
First and Last Name [Primer Nombre y Apellido]		Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Gender [Sexo]
Race [Raza]		Hispanic [Hispano]	English Proficiency [Habilidad de Inglés]
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native [Americano Native] <input type="checkbox"/> Asian [Asiático] <input type="checkbox"/> Black [Negro] <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander [Isleño Pacifico] <input type="checkbox"/> Multi-Racial [Multirracial] <input type="checkbox"/> White [Blanco] <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Little [Pobre] <input type="checkbox"/> Moderate [Moderada] <input type="checkbox"/> None [Ninguna] <input type="checkbox"/> Proficient [Proficiente]
<input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Col or Adv Train <input type="checkbox"/> GED		Highest Grade Completed [Nivel de Educación] <input type="checkbox"/> Grade 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Grade 12 <input type="checkbox"/> < Grade 9 <input type="checkbox"/> HS Graduate <input type="checkbox"/> Master's	
Employment Status [Estado de Empleo]		Child's Relationship [Relación al Niño(a)]	
<input type="checkbox"/> Full Time [Todo el tiempo] <input type="checkbox"/> Part Time [Parte de tiempo] <input type="checkbox"/> Seasonal [Temporada] <input type="checkbox"/> Unemployed [Desempleado] <input type="checkbox"/> Retired or Disabled [Retirado o Incapacitado]		<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step [Biologico/Adoptado/Padrasto] <input type="checkbox"/> Foster [Adoptivo] <input type="checkbox"/> Grandchild [Nieto] <input type="checkbox"/> Other Relative [Otro pariente] <input type="checkbox"/> Other [Otro]	
Phone Number:		Email Address:	

Family Information and Income

Child's name: _____ D.O.B _____

Additional Family *Please list all other family members living in household for whom you are responsible for the care and welfare –NOT LISTED ON PREVIOUS PAGE
[Familia adicional- * Por favor, agregar el resto de los miembros de la familia que viven en el hogar por el cual es responsable de la atención y el bienestar -NO mencionadas anteriormente.*]

Name [Nombre]	Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Gender [Sexo]	Race [Raza]	Hispanic [Hispano]	Relationship to child (applicant) [Relación al Niño(a)]
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No	

Total number of people living in household _____.

Please check the appropriate box for your current living situation.
[Por favor marque la casilla apropiada para su situación de vida actual]

Own [Propio] Rent [Alquiler] In the home of someone else [En la casa de otra persona] Hotel/Motel Shelter [Albergue]

Car, Trailer, Park or Campground [Coche, remolque, Parque or terren o de camping]

Living Address [Dirección de Residencia] City [Ciudad] State [Estado] Zip [Código Postal] County [Condado]

Mailing Address if different [Dirección Postal si es diferente]

Number of parents in home (check one) [Estado de Padre/Madre (Llene uno)]	Primary Language at Home [Lengua Principal en el Hogar]	Homeless Family [Familia sin Hogar]	Does any member of the family receive TANF or Supplemental Security Income (SSI)? [¿Algún miembro de la familia recibe TANF o SSI?]
<input type="checkbox"/> One [Uno] <input type="checkbox"/> Two [Dos]		<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> No

Family Income *Please attach proof of all income* [Ingreso de familia] *Por favor adjuntar prueba de todos los ingresos*

Employment- Please check and provide proof [Empleo- por favor marque uno y acreditar]

3 consecutive check stubs [Tres talons de cheque] IRS Form 1040 [Formulario de IRS 1040] W-2 Form [Formulario W-2] Head Start Employer Verification Form [Formulario de verificación de Head Start]

Self-Employment [Empleo de uno mismo] Currently not employed [Desempleado]

Other types of Services or Income- Check all that apply [Otros tipos de servicios o ingreso que recibe- marque todos que corresponda]

TANF Cash Assistance [La asistencia del TANF] Supplemental Security Income [El ingreso suplementario de seguridad] Social Security Benefits [Los beneficios de la seguridad social] Child Support [Niño de apoyo]

Unemployment [El desempleo] Retirement/Pension [Jubilación/Pensión] Veterans Benefits [Los beneficios de los veteranos] Workers Comp. Benefits [Los trabajadores Comp. beneficios]

Emergency Contacts and Location Preference

Child's name: _____ D.O.B _____

Emergency Contacts [Contactos de Emergencia] (Emergency contacts <u>other than</u> parent/guardian) [Contactos de emergencia que no sean los padres]				
Contact 1 [Contacto 1]	Name [Nombre]	Relationship to child (Applicant) [Relación al Niño(a)]	Emergency Contact [Contacto de Emergencia]	Release To Ceder al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No
	Address City State ZIP [Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal]		Phone Number [Teléfono]	
Contact 2 [Contacto 2]	Name [Nombre]	Relationship to child (Applicant) [Relación al Niño(a)]	Emergency Contact [Contacto de Emergencia]	Release To Ceder al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No
	Address City State ZIP [Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal]		Phone Number [Teléfono]	
Contact 3 [Contacto 3]	Name [Nombre]	Relationship to child (Applicant) [Relación al Niño(a)]	Emergency Contact [Contacto de Emergencia]	Release To Ceder al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes[Sí] <input type="checkbox"/> No
	Address City State ZIP [Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal]		Phone Number [Teléfono]	
Location Preference Site [Preferencia de ubicación]			Classroom [Sala de clase]	
1 st [Primero]				
2 nd [Segundo]				

The following documents will be required to process your application. Your child's application will not be processed until all required documentation is submitted. [Los siguientes documentos serán requeridos para procesar su solicitud. La solicitud de su hijo no será procesada hasta que se presente toda la documentación requerida.]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate/Record of birth
[Certificado de nacimiento/Actas de nacimiento] | <input type="checkbox"/> Statement of No Income if not employed (if applicable)
[Declaración de ningún ingreso (si es aplicable)] |
| <input type="checkbox"/> Income Verification
[Verificación de ingresos] | <input type="checkbox"/> Living Situation Statements (if applicable)
[Declaración de situación de vida (si es aplicable)] |
| <input type="checkbox"/> Immunization Record
[Expediente de inmunización] | <input type="checkbox"/> IEP/IFSP (if applicable)
[IEP/IFSP (si es aplicable)] |
| <input type="checkbox"/> Medicaid Card (if applicable)
[Tarjeta de Medicaid (si es aplicable)] | <input type="checkbox"/> Disability services through private provider (if applicable)
[Servicios de discapacidad a través de un proveedor privado (si es aplicable)] |
| <input type="checkbox"/> Proof of SSI (if applicable)
[Prueba de SSI (si es aplicable)] | <input type="checkbox"/> Placement Papers/Foster (if applicable)
[Documentos de Colocación (si es aplicable)] |
| <input type="checkbox"/> Proof of TANF (if applicable)
[Prueba de TANF (si es aplicable)] | |

Certification: I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

[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.]

Parent /Guardian Print Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____
[Firma de padre/madre/Guardián]

Date: _____

Staff Print Name: _____

Staff Signature: _____

Date: _____