



# 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



2023-2024

<b>Applicant Information (Child) [Informacion del niño(a)]</b>			
First and Last name [Primer Nombre y Apellido de Niño(a)]		Date of Birth [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			

<b>Primary Adult living in home [Adulto primario que vive en el hogar]</b>				
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]	Highest Grade Completed [Nivel de Educación]
<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
<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]		
<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]		Child's Relationship [Relación al Niño(a)]		
<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: _____				

<b>Secondary Adult living in home [adulto secundario que vive en el hogar]</b>				
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]	Highest Grade Completed [Nivel de Educación]
<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
<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]		
<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]		Child's Relationship [Relación al Niño(a)]		
<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 any of the following? (Check all that apply)  [¿Algún miembro de la familia recibe alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)]
<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"/> SNAP

**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 \_\_\_\_\_

<b>Emergency Contacts [Contactos de Emergencia]</b> (Emergency contacts <u>other than</u> parent/guardian) [Contactos de emergencia que no sean los padres]					
<b>Contact 1</b> [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]		
<b>Contact 2</b> [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]		
<b>Contact 3</b> [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]		
<b>Location Preference Site [Preferencia de ubicación]</b>			<b>Classroom [Sala de clase]</b>		
1 <sup>st</sup> [Primero]					
2 <sup>nd</sup> [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.]

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ <b>Birth Certificate/Record of birth</b><br/>[Certificado de nacimiento/Actas de nacimiento]</li> <li>▮ <b>Income Verification</b><br/>[Verificación de ingresos]</li> <li>▮ <b>Immunization Record</b><br/>[Expediente de inmuización]</li> <li>▮ <b>Medicaid Card (if applicable)</b><br/>[Tarjeta de Medicaid (si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>Proof of SSI (if applicable)</b><br/>[Prueba de SSI (si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>Proof of TANF (if applicable)</b><br/>[Prueba de TANF (si es aplicable)]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ <b>Statement of No Income if not employed (if applicable)</b><br/>[Declaración de ningún ingreso(si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>Living Situation Statements (if applicable)</b><br/>[Declaración de situación de vida (si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>IEP/IFSP (if applicable)</b><br/>[IEP/IFSP (si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>Disability services through private provider (if applicable)</b><br/>[Servicios de discapacidad a través de un proveedor privado (si es aplicable)]</li> <li>▮ <b>Placement Papers/Foster (if applicable)</b><br/>[Documentos de Colocación (si es aplicable)]</li> </ul> |
|---|--|

**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: \_\_\_\_\_