



Dear Parent,

Thank you for considering the Head Start program operated by Child Start Inc. for your child. CSI is committed to providing quality child development and family services to families throughout Napa and Solano Counties. Head Start is offered at no charge to income-eligible families with children who will be 3 or 4 years old by Dec. 2, 2008.

Our program offers:

- Highly qualified, trained staff
- Well-equipped classrooms
- Individualized teaching
- Nutritious snacks & meals
- Health, mental health & dental screenings
- Parent Involvement opportunities

See the attached listing of Head Start Centers to help you decide which center is most convenient for you. If you have any questions, please call Renay Medina at (707) 252-8931 ext. 2013 for more information or call toll free 1-866-573-4274.

When you have completed the application, you may return it to the address below or fax.

Child Start Incorporated
439 Devlin Rd
Napa, CA 94558
Fax (707) – 252 - 2301

We encourage and promote healthy practices that may prevent illnesses and injuries for children and families. **In order to be considered for acceptance, your child must have the following**

1. Up-to-date Immunizations

- 3 Polio
- 4 DTP
- 3 Hepatitis B
- 1 MMR (on or after first birthday)
- 1 Hib (on or after first birthday)
- 1 Varicella (or history of chickenpox disease)

2. TB skin test (results read on or after September 17, 2006) or a “NO RISK FACTOR” statement

Federal and state regulations for Head Start require that all children must have a current physical examination within 30 days of enrollment and a dental examination and treatment within 90 days.

1. If your child had a physical examination on or after September 17, 2006, please obtain a copy of the results.

(If your child has not had a physical examination on or after September 17, 2006, please call your health care provider today and make an appointment for your child's complete physical examination.)

The physical examination must contain current results on the following

- Hematocrit or Hemoglobin
 - Hearing (audiometric) screening
 - Vision (Snellen or similar) screening
 - Blood Pressure
 - Height and Weight
2. If your child does not have any health insurance, your child may qualify for a FREE physical examination from CHDP (Child Health and Disabilities Prevention Program).
 - In Napa, call 252-4316
 - In Solano County, call 784-8670

If your family meets the income and age requirements for our program, you may be contacted by a Child Start staff person for additional follow up. Priority goes to four year olds the year before they go to kindergarten. We do give special consideration to children with disabilities with a current IEP.

Thank you again for your interest in our program.

ER02 8-1-07



Estimados padres,

Gracias por considerar el programa de Head Start, operado por Child Start Inc., para su niño. Child Start, Inc. está comprometido a proveer servicios a familias relacionadas con el desarrollo de la niñez a través de los condados de Napa y Solano. Head Start se ofrece sin costo alguno a familias elegibles con niños quienes alcanzarán la edad de 3 o 4 años para el día 2 de diciembre de 2008.

Nuestro programa ofrece:

- Personal calificado y entrenado
- Salones de clases bien equipados
- Enseñanza individualizada
- Comidas y meriendas nutritivas
- Exámenes de salud, salud mental y dental
- Oportunidades para el involucramiento de los padres

Vea la lista adjunta de centros de Head Start para ayudarse a tomar una decisión de cual centro desea seleccionar. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Renay Medina al (707) 252-8931 ext. 2013 para mas información o llame sin costo al 1-866-573-4274.

Cuando haya completado la solicitud, regrésela o envíela por fax a la dirección abajo.

Child Start Incorporated
439 Devlin Road
Napa, CA 94558
Fax 707-252-2301

Animamos y promovemos las prácticas sanas que pueden prevenir enfermedades para los niños y las familias.

Para ser considerado para aceptación , su niño (a) debe tener lo siguiente:

1. Inmunizaciones actualizadas
 - 3 Polio
 - 4 DTP
 - 3 Hepatitis B
 - 1 MMR (en o antes del primer cumpleaños)
 - 1 HIB (en o antes del primer cumpleaños)
 - 1 Varicela (o historia de la enfermedad de varicela)
2. Prueba de TB (los resultados leídos en o después del día 17 de septiembre del 2006. Favor de obtener una copia de los resultados.

Regulaciones federales y del estado para Head Start requieren que todos los niños deben tener una examinación física actual dentro 30 días de la inscripción y un examen dental y tratamiento dentro 90 días.

1. Si su niño ha tenido una examinación en o después del 17 de septiembre, 2006, favor de obtener una copia de los resultados

(Si no ha tenido un examinación en o después del 17 de septiembre, favor de llamar a su proveedor de cuidado de salud ahora y haga una cita para la examinación física completa de su niño.)

La examinación física debe contener resultados actuales en el siguiente:

- Hematocrito o Hemoglobina
 - Examen del Oído (audiométrica)
 - Examen de la visión (Snellen o similar)
 - Presión arterial
 - Altura y peso
2. Si su niño no tiene seguro de salud, puede calificar para un examen físico GRATIS por el programa de prevención de incapacidades y salud de niños) CHDP.

♦ **En Napa, llame al 252-4316**

♦ **En Solano, llame al 784-8670**

Si su familia califica con los requisitos de ingresos y de edad para nuestro programa, usted será contactado por una persona del personal de Child Start para completar formas adicionales. La prioridad va a los niños de cuatro años de edad el año antes de que vayan al kinder. Damos consideración especial a los niños con incapacidades con un IEP actual.

Gracias otra vez por su interés en nuestro programa.



PROGRAM OPTIONS EARLY HEAD START & HEAD START

Admin Office
439 Devlin Rd. Napa,
CA 94558
Phone: 866-573-4274
Fax: 707-252-2301

EARLY HEAD START PROGRAM OPTIONS

Home Base Program (Cities of Napa, Vallejo, and Fairfield Only)

This program option supports families, within the home environment, during pregnancy and after the birth of their infant to age three.

CITY	PARTNER AGENCY
NAPA	Healthy Moms and Babies
VALLEJO	Black Infant Health
FAIRFIELD	Black Infant Health

Early Head Start Therapeutic Child Care Center (TCCC) (Napa Only) (in Partnership with Health and Human Services)

Located on Old Sonoma Road on the campus of HHS

- Classes are Monday through Friday
- 7:30 – 5:30

HEAD START PROGRAM OPTIONS

Home Base Program (Cities of Napa and Vacaville Only)

This program option offers learning within the home environment for 3 year olds.

Part Day Program

- Classes are Monday through Thursday
- Morning and afternoon sessions available
- 3.5 or 4 hours each day
- September to June

CITY	AM SESSION	PM SESSION	ADDRESS
NAPA			
Fuller Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1704 Laurel St.
Mayacamas	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	70 Calaveras Ct.
Menlo (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1551 Myrtle St.
Westwood	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2700 Kilburn Ave.
AMERICAN CANYON			
Vineyard Crossing (2 classrooms)	8:00 - 12:00 & 8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	202 Tapestry Lane #150
VALLEJO			
North Vallejo (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1638-A Fairgrounds Dr.
Virginia (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1328 Virginia St.
Washington Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	900 Ohio St.
FAIRFIELD			
Kidder (3 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1657 Kidder Ave.
Sunset Creek	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	840 E. Travis Blvd.
Tabor (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	83 Tabor Ave.\
SUISUN CITY			
Suisun	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	725 Golden Eye Way
TRAVIS AIR FORCE BASE			
Travis AFB	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2 Illinois St. Suite 2
VACAVILLE			
Larsen	8:30 – 12:30	NONE	1707 California Dr. Rm. 3
Mariposa	8:30 – 12:30	NONE	1625 Alamo Dr.
Markham	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	101 Markham Ave.
Padan	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	100 Padan School Rd.
DIXON			
Silveyville	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	355 N. Almond St., Rm. 21

Full Day Program (Vacaville and Fairfield Only)

- Classes are Monday through Friday
- Open Year Round
- 7:30 – 5:30

CITY	SITE NAME	ADDRESS
NAPA	TCCC	Old Sonoma Rd.
FAIRFIELD	Woolner	1406 Woolner Ave.
VACAVILLE	Mariposa	1625 Alamo Dr.



OPCIONES DE PROGRAMAS EARLY HEAD START & HEAD START

Oficina Administrativa
439 Devlin Rd. Napa,
CA 94558
TEL: 866-573-4274
Fax: 707-252-2301

OPCIONES DEL PROGRAMA DE EARLY HEAD START

Programa de Base en el Hogar (Ciudades de Napa, Vallejo, y Fairfield Solamente)

Esta opción del programa apoya a las familias, dentro del ambiente hogareño, durante el embarazo y después del nacimiento del infante hasta los tres años.

CIUDAD	AGENCIA SOCIA
NAPA	Healthy Moms and Babies
VALLEJO	Black Infant Health
FAIRFIELD	Black Infant Health

Centro Terapéutico de Cuidado Infantil Early Head Start (TCCC) (Napa Solamente) (en sociedad con el dept de Salud y Servicios Humanos)

Localizado en Old Sonoma Road en las instalaciones de HHS

- Clases son de Lunes a Viernes
- 7:30 – 5:30

OPCIONES DEL PROGRAMA DE HEAD START

Programa de Base en el Hogar (Ciudades de Napa y Vacaville Solamente)

Esta opción ofrece aprendizaje dentro del ambiente hogareño para niños de tres años de edad.

Programa de Parte Día

- Clases son de Lunes a Viernes
- Sesiones disponibles en la mañana y en la tarde
- 3.5 or 4 horas cada día
- Septiembre a Junio

CIUDAD	SESION AM	SESION PM	DIRECCION
NAPA			
Fuller Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1704 Laurel St.
Mayacamas	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	70 Calaveras Ct.
Menlo (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1551 Myrtle St.
Westwood	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2700 Kilburn Ave.
AMERICAN CANYON			
Vineyard Crossing (2 classrooms)	8:00 - 12:00 & 8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	202 Tapestry Lane #150
VALLEJO			
North Vallejo (2 classrooms)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1638-A Fairgrounds Dr.
Virginia (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1328 Virginia St.
Washington Park	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	900 Ohio St.
FAIRFIELD			
Kidder (3 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	1657 Kidder Ave.
Sunset Creek	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	840 E. Travis Blvd.
Tabor (2 salones de clase)	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	83 Tabor Ave.\
SUISUN CITY			
Suisun	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	725 Golden Eye Way
TRAVIS AIR FORCE BASE			
Travis AFB	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	2 Illinois St. Suite 2
VACAVILLE			
Larsen	8:30 – 12:30	NONE	1707 California Dr. Rm. 3
Mariposa	8:30 – 12:30	NONE	1625 Alamo Dr.
Markham	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	101 Markham Ave.
Padan	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	100 Padan School Rd.
DIXON			
Silveyville	8:00 - 11:30	1:00 – 4:30	355 N. Almond St., Rm. 21

Full Day Program (Vacaville and Fairfield Only)

- Clases son de Lunes a Viernes
- Abierto todo el año
- 7:30 – 5:30

CIUDAD	CENTRO	DIRECCION
NAPA	TCCC	Old Sonoma Rd.
FAIRFIELD	Woolner	1406 Woolner Ave.
VACAVILLE	Mariposa	1625 Alamo Dr.



APPLICATION for Head Start
SOLICITUD del Programa Head Start

If you need assistance completing this application,
Si usted necesita ayuda en completar esta aplicación

Please call , *favor de llamar a* (866) 573-4274

FOR OFFICE USE ONLY

Application Rec'd date: _____

Time Rec'd: _____

Data Entry Date _____

Initials _____

PLEASE PRINT CLEARLY/FAVOR de ESCRIBIR CLARAMENTE

DATE/ FECHA	TIME/HORA
SITE APPLYING FOR/SALON PARA EL CUAL ESTA APLICANDO	
1.	2.
Circle Session Preference/ Marque la sesión preferida	
AM (<i>mañana</i>) PM (<i>tarde</i>) EITHER (<i>cualquiera</i>)	Home Base (<i>Visitas al Hogar</i>) (Available in Napa only/ <i>Disponible solo en Napa</i>)

ADULTS IN THE HOME (SUPPORTED BY INCOME) ADULTOS EN EL HOGAR (SOSTENIDO POR INGRESOS)

LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTHDATE <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX <i>SEXO</i>	EMPLOYMENT STATUS (SEE TABLE BELOW) <i>ESTATO DE EMPLEO</i> (VEA LA TABLA ABAJO)	HOW IS THIS ADULT RELATED TO APPLICANT CHILD <i>CUAL ES EL PARENTESCO DE ESTE ADULTO CON EL NIÑO DE SOLICITUD</i>	PRIMARY LANGUAGE/ SECONDARY LANGUAGE <i>IDIOMA PRIMARIO/ IDIOMA SECUNDARIO</i>
A01	/ /	M F			
A02	/ /	M F			
A03	/ /	M F			
A04	/ /	M F			

EMPLOYMENT STATUS/ ESTADO DE EMPLEO

F = FULL TIME/ *TIEMPO COMPLETO* U = UNEMPLOYED/ *DESEMPLEADO* P = PART TIME/ *MEDIO TIEMPO*

R = RETIRED/ DISABLED/ *RETIRADO/INCAPACITADO* S = SEASONAL/ *DE TEMPORADA*

T = TRAINING/ SCHOOL/ *ENTRENAMIENTO/ ESCUELA* B = TRAINING/ SCHOOL & WORKING/ *ENTRENAMIENTO/ ESCUELA Y TRABAJANDO*

Does your family have a permanent, fixed, regular, and adequate nighttime residence? Yes/ Sí No

¿Tu familia cuenta actualmente con una residencia fija y adecuada?

Address/ Dirección

Phone/ Teléfono **Message/ Cell Phone Mensaje/ Teléfono Celular**

City/ Ciudad CA **Zip Code/ Código Postal**

State

Mailing address if different/ Dirección del correo si es diferente

Parental Status

One/ *Uno* Two/ *Dos* Foster/ *de Crianza* Legal Guardian/ *Tutor Legal* Teen parent/ *Madre Adolescente*

Race of child (Optional)/(Raza Del Niño (Opcional)):

Black/ *Afro-Americano* White/ *Caucásico* Hispanic/ *Hispano*

Native America/ *Nativo Americano* Asian/ *Asiático* Pacific Islander/Hawaiian/ *Isleño Pacífico/Hawaiano*

Other (Please Specify)/ *Otro (Favor de especificar)* _____

APPLICANT CHILD/NINO SOLICITANTE

LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTHDATE/ <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX/ <i>SEXO</i>	HOW RELATED TO PRIMARY ADULT/ <i>PARENTESCO CON EL ADULTO PRIMARIO</i>	PRIMARY LANGUAGE/ <i>IDIOMA PRIMARIO</i>	CHILD'S SCHOOL/ <i>ESCUELA DEL NIÑO</i>
1.	___ / ___ / ___	M F			

HS APPLICATION CONTINUED / APLICACION DE HS CONTINUADO

CHILDREN IN THE HOME (SUPPORTED BY INCOME)/ NIÑOS EN EL HOGAR (SOPORTADOS POR INGRESOS)					
LAST NAME, FIRST NAME <i>APELLIDO, PRIMER NOMBRE</i>	BIRTHDATE <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SEX <i>SEXO</i>	HOW RELATED TO PRIMARY ADULT/ <i>PARENTESCO AL ADULTO PRIMARIO</i>	PRIMARY LANGUAGE/ SECONDARY LANGUAGE <i>IDIOMA PRIMARIA/ IDIOMA SECUNDARIA</i>	CHILD'S SCHOOL/ <i>ESCUELA DEL NIÑO</i>
2.	___ / ___ / ___	M F			
3.	___ / ___ / ___	M F			
4.	___ / ___ / ___	M F			
5.	___ / ___ / ___	M F			
6.	___ / ___ / ___	M F			

Are you a resident of Mayacamas, Oran Ct., Sunset Creek, Union Square, or The Village Neighborhood? (Residence in the areas listed will be verified) YES/ SI NO
 ¿Es Usted residente de Mayacamas, Oran Ct., Sunset Creek, Union Square, o the Village Neighborhood? (Residencia en las áreas apuntadas serán verificados)

TRAVIS ONLY: Are you/your spouse active military? YES/ SI NO ID# _____

Are you or a member of your family an employee of Child Start? YES/ SI NO
 ¿Es Usted o un miembro de su familia empleado de Child Start?

Name of relative/ Nombre de empleado _____

*Are you being served by a Special Education Provider? YES/ SI NO
 ¿Está usted recibiendo servicios de algún proveedor de educación especial?

Were you referred to Head Start by another agency? YES/ SI NO
 ¿Fue usted referido a Head Start por otra agencia?

If so, please list the agency. / Si es si, favor de apuntar la agencia. _____

(SCHOOL DISTRICT, CPS, DOCTOR, PUBLIC HEALTH NURSE, SHELTER, WIC, FOSTER AGENCY, ETC.)
 (DISTRITO DE ESCUELA, CPS, DOCTOR, ENFERMERA DE SALUD PUBLICA, REFUGIO, WIC, AGENCIA DE PADRES DE CRIANZA, ETC.)

PLEASE INITIAL EACH STATEMENT AND SIGN BELOW
FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN CADA FRASE Y FIRMAR ABAJO

_____ I understand that this is the first step in the application process and does not guarantee my acceptance.
 Yo entiendo que esto es el primer paso en el proceso de aplicaciones y no garantiza mi aceptación.

_____ I understand that I may be contacted by Head Start staff for additional follow up.
 Yo entiendo que yo será contactado por personal de Head Start para seguimiento adicional.

_____ I understand that in order for my child to be considered for acceptance, my child will need up-to-date immunizations and a current TB screening with results or a No Risk Factor Statement from a doctor.
 Yo entiendo que para considerar a mi niño (a) para aceptación, mi niño (a) necesitará las vacuñas al día y una prueba corriente (con los resultados) de Tuberculosis ó una nota de No Riesgo del doctor..

I certify that this information is true and that incorrect information may disqualify my family from the program. *Yo afirmo que esta información es verdadera y que información incorrecta puede descalificar a mi familia de este programa.*

_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE <i>FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL</i>	_____ PRINT NAME <i>ESCRIBA SU NOMBRE EN MOLDE</i>	_____ DATE <i>FECHA</i>
_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE <i>FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL</i>	_____ PRINT NAME <i>ESCRIBA SU NOMBRE EN MOLDE</i>	_____ DATE <i>FECHA</i>

WHEN COMPLETED BY PARENT OR COMMUNITY PARTNER, RETURN TO
 CUANDO COMPLETADO POR LOS PADRES O UN SOCIO DE LA COMUNIDAD, REGRESALO A:

**CHILD START INC.
 439 DEVLIN RD.
 NAPA, CA 94558**

Size of Family Unit <i>Tamaño de unidad familiar</i>	Maximum Income <i>Ingreso Máximo</i>
2	\$14,000
3	\$17,600
4	\$21,200
5	\$24,800
6	\$28,400

Special consideration for children with disabilities with current IFSP. Not subject to the same income requirements.
 Consideración espacial a niños con incapacidades y IFSP corriente no conforme a los mismos requisitos de ingreso.