

# Head Start of Washington County, Inc.

## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD Y SELECCIÓN

### Información sobre el Menor

Nombre del menor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Varón  Hembra

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (Si es diferente de la anterior) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Si no tiene teléfono en la casa, No. de contacto más cercano \_\_\_\_\_

Cantidad de personas viviendo en el hogar: Niños \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_

Idioma primario del menor \_\_\_\_\_ Raza del menor \_\_\_\_\_

El menor vive con:

Madre  Padre  Ambos Padres  Padre(s) adoptivos temporales  Guardián

¿El menor tiene seguro medico?  Si  No

¿El menor tiene alguna necesidad especial?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sido diagnosticado por algún profesional?

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿El menor tiene un I.E.P./I.F.S.P.?  Si  No

**Por favor escoja todas las que correspondan:**  
(Colocación depende de la disponibilidad)

Yo estoy dispuesto a aceptar las siguientes opciones para mi hijo/a:

Medio Día de Clases

Programa Basado en el Hogar

Día Completo de Clases (Debe tener vales del DSS)

¿Puede proveer transporte diario para su niño si es necesario?

Si  No

¿Tiene otros niños aplicando o inscritos en el Early Head Start o Head Start?

Si la respuesta es Sí, Cual es el nombre de el(los) niño(s) \_\_\_\_\_

### Información sobre la Familia

**Madre/guardiana** (Si vive en la casa) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Idioma de la madre \_\_\_\_\_ Raza de la madre \_\_\_\_\_

¿La madre es menor de 20 años de edad?  Si  No

¿Tiene algún diploma o GED?  Si  No

¿Está actualmente embarazada?  Si  No

¿Inglés es su segundo idioma?  Si  No

Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián** (Si vive en la casa) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Idioma del padre \_\_\_\_\_ Raza del Padre \_\_\_\_\_

¿El Padre es menor de 20 años de edad?  Si  No

¿Tiene algún diploma o GED?  Si  No

¿Inglés es su segundo idioma?  Si  No

Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

¿El menor se encuentra sin hogar o viviendo en un refugio?  Si  No

¿Hay 3 o más niños menores de 5 años viviendo en el hogar?  Si  No

¿La familia está recibiendo Cupones de Comida?  Si  No

¿La familia está recibiendo beneficios de ingreso

de seguro social?  Si  No

¿El menor está recibiendo servicios de otra agencia?

Judy Center  Nacimiento-5  Familias Saludables  Centro Familiar

¿Cómo supo de Head Start? \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Guardián** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**

**Envíela por correo o regrésela a:**

Head Start of Washington County, Inc.

837 Spruce Street

Hagerstown, MD 21740

(301) 733-4640

**Por favor note que esta solicitud es válida por un año. Usted debe enviar una nueva solicitud si no es aceptado.**

For Office Use Only

Family Number \_\_\_\_\_ Ranking Points \_\_\_\_\_

For Referral Agency Only

# INGRESO FAMILIAR

**EMPLEO**

**Padre/Guardián (Si vive en la casa)**

Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo Completo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Medio Tiempo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Periodo de Pago     Semanal     Cada 2 Semanas

Dos Veces al Mes     Mensual     Anual

¿Todo el año?     Si     No

Temporal     Si     No

Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040

**EMPLEO**

**Madre/Guardiana (Si vive en la casa)**

Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo Completo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Medio Tiempo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Periodo de Pago     Semanal     Cada 2 Semanas

Dos Veces al Mes     Mensual     Anual

¿Todo el año?     Si     No

Temporal     Si     No

Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040

**Complete si tiene un segundo empleo**

Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo Completo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Medio Tiempo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Periodo de Pago     Semanal     Cada 2 Semanas

Dos Veces al Mes     Mensual     Anual

¿Todo el año?     Si     No

Temporal     Si     No

Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040

**Complete si tiene un segundo empleo**

Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo Completo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Medio Tiempo    No. de Horas \_\_\_\_\_

Periodo de Pago     Semanal     Cada 2 Semanas

Dos Veces al Mes     Mensual     Anual

¿Todo el año?     Si     No

Temporal     Si     No

Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040

**OTROS INGRESOS EN EL HOGAR**

Complete la información si es aplicable a su hogar.

<b><u>FUENTE DE INGRESO</u></b>	<b><u>MONTO</u></b>
TANF (TCA) <i>Incluya carta de certificación</i>	\$ _____
Seguro Social/Pensión <i>Incluya carta de elegibilidad</i>	\$ _____
Beneficios de SSI <i>Incluya carta de elegibilidad</i>	\$ _____
Manutención Infantil	\$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <i>Incluya copia del cheque o estado de cuenta Bancaria</i>	
Desempleo	\$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <i>Incluya copia del cheque de desempleo o talón de cheque con fecha en que comenzó</i>	
Subsidio para padres adoptivos temporales <i>Incluya copia de la carta de aprobación</i>	\$ _____
Otro: Especifique <i>Incluya copia de documentos de soporte</i>	\$ _____
<input type="checkbox"/> No Ingreso	
<b>Por favor lea y firme</b>	
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
Yo entiendo que este formulario será usado para recibir beneficios del programa federal Head Start. Proveer información falsa es un delito criminal bajo leyes federales. Con mi firma, yo certifico y doy fe que para mi conocimiento, la información provista en esta forma es verdadera y exacta.	
Nota: Todos los ingresos deben ser verificados. Si usted recibe Cupones de Comida, una copia de la carta de certificación debe ser incluida.	
In-Person Interview Date & Staff Initials _____	
Phone Interview Date & Staff Initials _____	
Reason _____	