

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 POC 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.

131 West North Avenue

Hagerstown, MD 21740

(301) 797-5231

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

| <u>EMPLEO</u> | <u>EMPLEO</u> | <u>OTROS INGRESOS EN EL HOGAR</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------|---|----------|---|----------|---|----------|----------------------|----------|---|--|---|--|-----------|----------|--|--|---|--|---|----------|--|----------|-------------------------------------|--|------------------------------|--|--------------|--------------|--|--|---|--|---|--|---|--|--------------|--|
| <p>Padre/Guardián (Si vive en la casa)</p> <p>Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) _____</p> <p>Nombre del Empleador _____</p> <p>Teléfono del Empleador _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Completo No. de Horas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medio Tiempo No. de Horas _____</p> <p>Periodo de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual</p> <p>¿Todo el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Temporal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center; color: red;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p> | <p>Madre/Guardiana (Si vive en la casa)</p> <p>Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) _____</p> <p>Nombre del Empleador _____</p> <p>Teléfono del Empleador _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Completo No. de Horas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medio Tiempo No. de Horas _____</p> <p>Periodo de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual</p> <p>¿Todo el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Temporal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center; color: red;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p> | <p>Complete la información si es aplicable a su hogar.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>FUENTE DE INGRESO</u></th> <th style="text-align: right;"><u>MONTO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TANF (TCA) <i>Incluya carta de certificación</i></td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Seguro Social/Pensión <i>Incluya carta de elegibilidad</i></td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Beneficios de SSI <i>Incluya carta de elegibilidad</i></td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Manutención Infantil</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Incluya copia del cheque o estado de cuenta Bancaria</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desempleo</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Incluya copia del cheque de desempleo o talón de cheque con fecha en que comenzó</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subsidio para padres adoptivos temporales <i>Incluya copia de la carta de aprobación</i></td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Otro: Especifique <i>Incluya copia de documentos de soporte</i></td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No Ingreso</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; color: red;">Por favor lea y firme</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Firma</td> <td style="text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; color: red;">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.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; color: red;">Nota: Todos los ingresos deben ser verificados. Si usted recibe Cupones de Comida, una copia de la carta de certificación debe ser incluida.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">In-Person Interview Date & Staff Initials _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Phone Interview Date & Staff Initials _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Reason _____</td> </tr> </tbody> </table> | <u>FUENTE DE INGRESO</u> | <u>MONTO</u> | 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 | | Por favor lea y firme | | Firma | Fecha | 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 _____ | |
| <u>FUENTE DE INGRESO</u> | <u>MONTO</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor lea y firme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma | Fecha | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Complete si tiene un segundo empleo</p> <p>Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) _____</p> <p>Nombre del Empleador _____</p> <p>Teléfono del Empleador _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Completo No. de Horas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medio Tiempo No. de Horas _____</p> <p>Periodo de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual</p> <p>¿Todo el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Temporal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center; color: red;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p> | <p>Complete si tiene un segundo empleo</p> <p>Ingreso Bruto (Antes de Impuestos) _____</p> <p>Nombre del Empleador _____</p> <p>Teléfono del Empleador _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Completo No. de Horas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medio Tiempo No. de Horas _____</p> <p>Periodo de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual</p> <p>¿Todo el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Temporal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center; color: red;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |