



Head Start del Condado de Washington , Inc.

MADRE EMBARAZADA HEAD START TEMPRANA

FORMA DE ELIGIBILIDAD Y SELECCION



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número Seguro Social _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo (si es diferente de la anterior) _____

Raza /Etnicidad _____ Tfn. Hogar (_____) _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Idioma Principal _____ Tfn. Trabajo (_____) _____

Fecha Prevista de Parto _____ Tfn. Mensaje (_____) _____

Está esperando un parto múltiple (gemelos, trillizos, etc.)? Si No

Su familia recibe asistencia de cupones para comida? Si No

Su familia recibe beneficios de SSI? Si No

Está Ud. actualmente sin hogar o en un refugio? Si No

Es Ud. menor de 20 años? Si No

Tiene estudios secundarios o GED? Si No

Está tomando clases actualmente? Si No

Si? Marque una de las siguientes: Básico Diversificado Colegio/Universidad Otro

Nombre de la escuela a la que está asistiendo: _____

Tiene algún niño solicitando cupo o registrado en Head Start Temprana o Head Start? Si No

Si? Nombre(s) de el(los) niño(s) _____

Tiene Ud. seguro médico? Si No

Número de la Tarjeta Médica: _____

ESTADO CIVIL

- Soltera
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda

POR FAVOR ESCOJA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN: (REGISTRO DEPENDE DE LA DISPONIBILIDAD)

Planea Ud. inscribir a su niño en el programa de Head Start Temprana cuando nazca?
 SI NO — Si es SI, programa escogido:

- Clases de Medio Día
- Programa Basado en el Hogar
- Clases del Día Completo (*debe tener comprobante POC de DSS*)

Tiene actualmente Vales de Cuidado Para Niños? Si No

Puede Ud. Proveer transporte diario para su niño si es necesario? Si No

Número de personas viviendo en su hogar?
 _____ Adultos _____ Niños (incluya al niño aún no nacido)

Tiene tres o mas niños menores de 5 años viviendo en su hogar?
 Como escuchó o se enteró de Head Start? Si No

El padre del niño aún no nacido vive en el hogar? Si No
 Si es Si, favor complete lo siguiente:

Padre /Guardián

Fecha de Nacimiento _____

Lenguaje primario del Padre _____

Es el Padre/Guardián menor de 20 años? Si No

Tiene Ud. algún Diploma o GED? Si No

Es ingles su lenguaje secundario? Si No

Firma

Fecha

★ FAVOR COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA ★

Envíela a:

Head Start del Condado de Washington, Inc.
131 West North Avenue
Hagerstown, MD 21740
(301) 797-5231



SOLO PARA USO OFICIAL

Número Familia _____ Puntos Clasificación _____

SOLO PARA AGENCIA DE REFERENCIA

INGRESO FAMILIAR

EMPLEO

Padre/Guardián (SI VIVE EN EL HOGAR)

Ingreso Bruto \$ _____
(ANTES DE TAXES)

Nombre del Empleador:

Número Telefónico del Empleador:
(____) _____

Tiempo Completo No. Horas _____
 Medio Tiempo No. Horas _____

Periodo de Pago :

Semanal Bisemanal
 Mensual Anualmente
 Dos Veces al Mes

Todo el año Si No
Temporal Si No

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU(S)
TALON(ES) DE PAGO & FORMA
W-2 O 1040

EMPLEO

Madre/Guardián (SI VIVE EN EL HOGAR)

Ingreso Bruto \$ _____
(ANTES DE TAXES)

Nombre del Empleador:

Número Telefónico del Empleador:
(____) _____

Tiempo Completo No. Horas _____
 Medio Tiempo No. Horas _____

Periodo de Pago :

Semanal Bisemanal
 Mensual Anualmente
 Dos Veces al Mes

Todo el año Si No
Temporal Si No

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU(S)
TALON(ES) DE PAGO & FORMA
W-2 O 1040

OTRO INGRESO AL HOGAR

COMPLETE LA INFORMACION PERTINENTE
PARA LO QUE CORRESPONDA A SU HOGAR

FUENTE	MONTO
TANF (TCA) <small>(INCLUYA CARTA DE CERTIFICATION)</small>	\$ _____
Seguridad Social/Pensión <small>(INCLUYA CARTA DE ELIGIBILIDAD)</small>	\$ _____
Beneficios SSI <small>(INCLUYA CARTA DE ELIGIBILIDAD)</small>	\$ _____
Manutención de Menores	\$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <small>(INCLUYA COPIA DE CHEQUE O ESTADO DE CUENTA DEL BANCO)</small>	
Desempleo	\$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <small>(INCLUYA COPIA DE CHEQUE DE DESEMPLEO O TALON DE PAGO C/FECHA EN QUE EMPEZO)</small>	
Subsidio p/Cuidado Temporal <small>(INCLUYA COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACION)</small>	\$ _____
Otro: Especifique	\$ _____
<small>(INCLUYA CARTA Y/O DOCUMENTATION DE SOPORTE)</small>	

Complete si tiene un empleo secundario

Padre/Guardián (SI VIVE EN EL HOGAR)

Ingreso Bruto \$ _____
(ANTES DE TAXES)

Nombre del Empleador:

Número Telefónico del Empleador:
(____) _____

Tiempo Completo No. Horas _____
 Medio Tiempo No. Horas _____

Periodo de Pago :

Semanal Bisemanal
 Mensual Anualmente
 Dos Veces al Mes

Todo el año Si No
Temporal Si No

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU(S)
TALON(ES) DE PAGO & FORMA
W-2 O 1040

Complete si tiene un empleo secundario

Madre/Guardián (SI VIVE EN EL HOGAR)

Ingreso Bruto \$ _____
(ANTES DE TAXES)

Nombre del Empleador:

Número Telefónico del Empleador:
(____) _____

Tiempo Completo No. Horas _____
 Medio Tiempo No. Horas _____

Periodo de Pago :

Semanal Bisemanal
 Mensual Anualmente
 Dos Veces al Mes

Todo el año Si No
Temporal Si No

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU(S)
TALON(ES) DE PAGO & FORMA
W-2 O 1040

SIN INGRESOS

DOCUMENTACION NECESARIA-
BALANCE DE RENTA O FACTURA DE UTILITY

NOTA: TODO INGRESO DEBE SER VERIFICADO

Por favor lea y firme

Firma	Fecha
-------	-------

Yo entiendo que esta forma será usada para recibir beneficios bajo el Programa Federal Head Start. Prover información falsa intencionalmente puede ser una violación criminal bajo la Ley Federal. Con mi firma en esta forma, yo certifico y doy fe de que, a lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta

NOTA: TODO INGRESO DEBE SER VERIFICADO. SI UD. RECIBE CUPONES DE COMIDA, DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU CARTA DE CERTIFICACION

In-Person Interview Date & Staff Initials

Phone Interview Date & Staff Initials

Reason _____