



# Head Start of Washington County, Inc.

## EMBARAZADA DE EARLY HEAD START

### FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD Y



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
CALLE CIUD ESTAD CR

Dirección postal si es diferente a la \_\_\_\_\_

Raza/Etnia \_\_\_\_\_ Teléfono residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUD ESTAD CR

Len Fecha de entrega prevista \_\_\_\_\_ Mensaje Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**

Soltero

Casado

Separado

Divorciado

Viudo

¿Esperas tener un parto múltiple (gemelos, trillizos, etc.)?  Sí  No

¿Su familia recibe CHASQUEAR?  Sí  No

¿Recibe la familia beneficios de SSI?  Sí  No

¿Está actualmente sin hogar o en un refugio?  Sí  No

¿Tienes menos de 20 años?  Sí  No

¿Tienes un diploma de secundaria o GED?  Sí  No

¿Asiste actualmente a la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, marque una  Secundaria  Escuela  Universidad  Otro

Nombre de la escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

¿Tiene un hijo que solicita o está inscrito en Early Head Start o Head Start?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de los niños? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

Número de Tarjeta Médica: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, ELIJA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN: (LA UBICACIÓN)**

¿Planea inscribir a su hijo en el programa Early Head Start cuando nazca?  Sí  NO —En caso afirmativo, qué

Programa basado en

Jornada Extendida (6hrs)

Clases de día completo (requiere Beca de Cuidado Infantil)

¿Tiene actualmente Vales de Cuidado Infantil?  Sí  No

¿Puede proporcionar transporte diario para su hijo si es necesario?  Sí  No

\_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ Niños (incluidos los niños no )

¿Hay tres o más niños menores de 5 años viviendo en el hogar?  Sí  No

¿Cómo se enteró de Head Start? \_\_\_\_\_

¿Vive el padre del feto en el hogar?  Sí  No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Idioma principal de los padres \_\_\_\_\_

¿El padre/tutor masculino es menor de 20 años?  Sí,  No

¿Tiene un diploma o GED?  sí  No

¿Es el inglés su segunda lengua?  Sí  No

Firma

Fecha

★ **POR FAVOR, RELLENE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO** ★

**Envíe por correo o devuélvalo a:**  
 Head Start del Condado de Washington, Inc.  
 837 Calle Spruce  
 Hagerstown, MD 21740



SOLO PARA USO EN OFICINA

Número de familia Puntos de clasificación

SOLO PARA AGENCIAS DE REFERENCIA

# FAMILY INCOME

## EMPLEO

**Padre/Tutor Masculino** (SI VIVE EN CASA)

Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_  
(ANTES DE IMPUESTOS)

Nombre del empleador:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Período de pago:**

Semanal  Quincenal  
 Mensual  Anualmente  
 Dos veces al Mes

Todo el año  Si  No  
Temporal  Si  No

POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA  
De su formulario 1040 or W-2

## EMPLEO

**Madre/Tutora** (SI VIVE EN CASA)

Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_  
(ANTES DE IMPUESTOS)

Nombre del empleador:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Período de pago:**

Semanal  Quincenal  
 Mensual  Anualmente  
 Dos veces al Mes

Todo el año  Si  No  
Temporal  Si  No

POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA  
De su formulario 1040 or W-2

## OTROS INGRESOS DE MANGUERAS

IF APPLICABLE COMPLETE INFORMATION FOR ALL THAT APPLY TO YOUR HOUSEHOLD

<b>check box if you receive</b>	<b>SOURCE OF INCOME</b>	<b>AMOUNT RECEIVE</b>
---------------------------------	-------------------------	-----------------------

TANF (TCA) Cash Assistance \$ \_\_\_\_\_  
(ATTACH COPY OF BENEFITS SUMMARY LETTER)

Social Security | Disability \$ \_\_\_\_\_  
(ATTACH COPY OF BENEFITS SUMMARY LETTER)

SSI Benefits \$ \_\_\_\_\_  
(ATTACH COPY OF BENEFITS SUMMARY LETTER)

Unemployment Benefits \$ \_\_\_\_\_  
 Weekly  Bi-Weekly  
(ATTACH COPY OF UNEMPLOYMENT CHECK OR CHECK STUB W / START DATE)

Foster Care Subsidy \$ \_\_\_\_\_  
(ATTACH COPY OF SUBSIDY BENEFITS LETTER)

Other: \$ \_\_\_\_\_  
(ATTACH COPY OF LETTER OF SUPPORTING DOCUMENTATION)

SNAP - SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (ATTACH COPY OF SNAP BENEFITS DOCUMENTATION)

**NO INCOME**  
**SIN INGRESOS**

DOCUMENTACIÓN NECESARIA- CARTA DE APOYO ESTADO DE CUENTA DE ALQUILER O CHEQUE DE SERVICIOS PÚBLICOS NOTA: TODOS LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS

### Complete si tiene un empleosecundario

**Padre/Tutor Masculino** (SI VIVE EN CASA)

Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_  
(ANTES DE IMPUESTOS)

Nombre del empleador:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Período de pago:**

Semanal  Quincenal  
 Mensual  Anualmente  
 Dos veces al Mes

Todo el año  Si  No  
Temporal  Si  No

POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA  
De su formulario 1040 or W-2

### Complete si tiene un empleosecundario

**Padre/Tutor Masculino** (SI VIVE EN CASA)

Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_  
(ANTES DE IMPUESTOS)

Nombre del empleador:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Período de pago:**

Semanal  Quincenal  
 Mensual  Anualmente  
 Dos veces al Mes

Todo el año  Si  No  
Temporal  Si  No

POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA  
De su formulario 1040 or W-2

Entiendo que este formulario se utilizará para recibir beneficios bajo el Programa Federal Head Start. Proporcionar información falsa a sabiendas puede ser una infracción penal según la Ley Federal. Al firmar este formulario, certifico y doy fe de que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa.

NOTA: TODOS LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS. SI RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS, DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU CARTA DE CERTIFICACIÓN.

Firma & Fecha

Fecha de la entrevista en persona e iniciales del personal  
 Fecha de la entrevista telefónica e iniciales del personal \_\_\_\_\_  
Raz ón: \_\_\_\_\_