

# Head Start of Washington County, Inc.

## FORMA 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 la 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 médico?  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) \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_

### Información sobre la Familia

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

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

Idioma primario 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 primario 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 del SSI?  Si  No

¿El menor está recibiendo servicios de otra agencia?

Judy Center  Nacimiento-5  Familias Saludables  Centro Familiar

¿Cómo supo del Head Start? \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA

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><b>Padre/Guardián</b> (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;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p>	<p><b>Madre/Guardiana</b> (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;">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) Incluya carta de certificación</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Seguro Social/Pensión Incluya carta de elegibilidad</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Beneficios de SSI Incluya carta de elegibilidad</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Manutención Infantil <input type="checkbox"/> Semanal    <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas    <input type="checkbox"/> Mensual Incluya copia del cheque o estado de cuenta Bancaria</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Desempleo <input type="checkbox"/> Semanal    <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas Incluya copia del cheque de desempleo o talón de cheque con fecha en que comenzó</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Subsidio para padres adoptivos temporales Incluya copia de la carta de aprobación</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Otro: Especifique Incluya copia de documentos de soporte</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No Ingreso (Por favor lea y firme)</td> </tr> </tbody> </table>	<u>FUENTE DE INGRESO</u>	<u>MONTO</u>	TANF (TCA) Incluya carta de certificación	\$ _____	Seguro Social/Pensión Incluya carta de elegibilidad	\$ _____	Beneficios de SSI Incluya carta de elegibilidad	\$ _____	Manutención Infantil <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual Incluya copia del cheque o estado de cuenta Bancaria	\$ _____	Desempleo <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas Incluya copia del cheque de desempleo o talón de cheque con fecha en que comenzó	\$ _____	Subsidio para padres adoptivos temporales Incluya copia de la carta de aprobación	\$ _____	Otro: Especifique Incluya copia de documentos de soporte	\$ _____	<input type="checkbox"/> No Ingreso (Por favor lea y firme)	
<u>FUENTE DE INGRESO</u>	<u>MONTO</u>																			
TANF (TCA) Incluya carta de certificación	\$ _____																			
Seguro Social/Pensión Incluya carta de elegibilidad	\$ _____																			
Beneficios de SSI Incluya carta de elegibilidad	\$ _____																			
Manutención Infantil <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual Incluya copia del cheque o estado de cuenta Bancaria	\$ _____																			
Desempleo <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas Incluya copia del cheque de desempleo o talón de cheque con fecha en que comenzó	\$ _____																			
Subsidio para padres adoptivos temporales Incluya copia de la carta de aprobación	\$ _____																			
Otro: Especifique Incluya copia de documentos de soporte	\$ _____																			
<input type="checkbox"/> No Ingreso (Por favor lea y firme)																				
<p style="text-align: center;"><b>Complete si tiene un segundo empleo</b></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;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p>	<p style="text-align: center;"><b>Complete si tiene un segundo empleo</b></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;">Por favor incluya una copia de sus recibos de pago, su forma W-2 o 1040</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Firma</u></th> <th style="text-align: right;"><u>Fecha</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Yo entiendo que esta forma será usada 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;">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> </tbody> </table>	<u>Firma</u>	<u>Fecha</u>	Yo entiendo que esta forma será usada 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.													
<u>Firma</u>	<u>Fecha</u>																			
Yo entiendo que esta forma será usada 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.																				