



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD Y SELECCIÓN

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del menor

Fecha de Nacimiento

Masculino Femenino

DIRECCIÓN

(Calle Ciudad Estado Código Postal)

Dirección postal si es diferente a la anterior

(Dirección de calle; Ciudad; Estado; Código postal)

Número de teléfono

¿ De quién es este teléfono?

Si no tiene teléfono, indique el número al que podemos contactar o el teléfono de un familiar más cercano que pueda comunicarse con usted.

Número de teléfono

¿ De quién es este teléfono?

Número de personas que viven en su hogar, sustentadas por los ingresos de los padres

Número de niños Número de adultos

Idioma primario del menor

Raza del menor

El menor vive con:

Madre Padre Ambos padres
Padre(s) adoptivos temporales Guardián

¿ Tiene el niño seguro médico? Sí No

¿ Tiene el niño necesidades especiales? Sí No

Si la respuesta es Sí, enumere

¿ El niño ha sido diagnosticado por un profesional? Sí No *(DOCUMENTACIÓN REQUERIDA)*

¿ Tiene el niño un IEP o un IFSP? Sí No

POR FAVOR SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN (LA COLOCACIÓN DEPENDE DE LA DISPONIBILIDAD)

Estaría dispuesto a aceptar las siguientes opciones de programa para mi hijo:
(SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Día Extendido de Clases (6 horas) Día Completo de Clases (horario variable) *Debe tener vales POC del CCS

Programa basado en el hogar (visitas a domicilio del maestro y socialización grupal)

¿ Recibe usted una beca/vale para el cuidado infantil? Sí No

¿ Puede proveer transporte diario para su niño si es necesario? Sí No

¿ Tiene otros niños que estén solicitando o ya

estén inscritos en Early Head Start o Head Start? Sí No

Si es así, nombres de los niños:

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre de la madre o tutora (si vive en el hogar)

Fecha de nacimiento Raza de la madre/tutora

Idioma principal de los padres

¿ La madre o tutora es menor de 20 años? Sí No

¿ Tiene usted un diploma o GED? Sí No

¿ Está embarazada actualmente? Sí No

¿ El inglés es su segundo idioma? Sí No

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono del trabajo

Estado civil Casado Divorciado Apartado Viudo

Nombre del padre/tutor masculino (si vive en el hogar)

Fecha de nacimiento

¿ Idioma principal de los padres

Raza de padre/tutor

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

¿ Tiene usted un diploma o GED? Sí No

¿ El inglés es su segundo idioma? Sí No

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono del trabajo

Estado civil Casado Divorciado Apartado Viudo

¿ El niño se encuentra actualmente sin hogar y vive en un refugio o en un centro de transición?

Sí No

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

¿ Recibe la familia SNAP? Sí No

¿ Recibe la familia beneficios de SSI? Sí No

¿ El niño recibe servicios de otra agencia? (ver a continuación casilla de verificación si recibe)

Judy Center Birth-K Healthy Families Family Center WIC

¿ Cómo se enteró de nosotros; Head Start?

Firma de los padres o tutores

Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA

PUNTOS DE CLASIFICACIÓN

Devuelva a la dirección que aparece a continuación o envíe un correo electrónico a mjones@headstartwashco.org

Head Start del condado de Washington, Inc., 837 Spruce Street Hagerstown, MD 21740

Teléfono: (301) 733-4640 Ext. 110

Tenga en cuenta que esta solicitud es válida por un año. Si no es aceptada, deberá volver a presentarla.

SOLO PARA AGENCIA DE REFERENCIA

★ INGRESOS FAMILIARES ★

EMPLEO

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

INGRESOS BRUTOS \$

(EL MONTO DE INGRESOS BRUTOS ES EL MONTO RECIBIDO ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS)

PERIODO DE PAGO (¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTA CANTIDAD?)

Semanalmente Quincenal Mensual
 Dos veces al mes Anualmente

TRABAJAS

Tiempo completo -Número de horas

Tiempo parcial - Número de horas

Todo el año Sí No
 Estacional Sí No

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE IMPUESTO SOBRE EL SALARIO W-2 O FORMULARIO DE IMPUESTO 1040 DEL IRS

EMPLEO

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

INGRESOS BRUTOS \$

(EL MONTO DE INGRESOS BRUTOS ES EL MONTO RECIBIDO ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS)

PERIODO DE PAGO (¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTA CANTIDAD?)

Semanalmente Quincenal Mensual
 Dos veces al mes Anualmente

TRABAJAS

Tiempo completo Número de horas

Tiempo parcial - Número de horas

Todo el año Sí No
 Estacional Sí No

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE IMPUESTO SOBRE EL SALARIO W-2 O FORMULARIO DE IMPUESTO 1040 DEL IRS

COMPLETAR SI EXISTE UN SEGUNDO LUGAR DE EMPLEO
 Padre/Tutor **VARON (SI VIVE EN CASA)**

INGRESOS BRUTOS \$

(EL MONTO DE INGRESOS BRUTOS ES EL MONTO RECIBIDO ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS)

PERIODO DE PAGO (¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTA CANTIDAD?)

Semanalmente Quincenal Mensual
 Dos veces al mes Anualmente

TRABAJAS

Tiempo completo - Número de horas

Tiempo parcial - Número de horas

Todo el año Sí No
 Estacional Sí No

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE IMPUESTO SOBRE EL SALARIO W-2 O FORMULARIO DE IMPUESTO 1040 DEL IRS

COMPLETAR SI EXISTE UN SEGUNDO LUGAR DE EMPLEO
 Padre/Tutor **VARON (SI VIVE EN CASA)**

INGRESOS BRUTOS \$

(EL MONTO DE INGRESOS BRUTOS ES EL MONTO RECIBIDO ANTES DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS)

PERIODO DE PAGO (¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTA CANTIDAD?)

Semanalmente Quincenal Mensual
 Dos veces al mes Anualmente

TRABAJAS

Tiempo completo - Número de horas

Tiempo parcial - Número de horas

Todo el año Sí No
 Estacional Sí No

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE IMPUESTO SOBRE EL SALARIO W-2 O FORMULARIO DE IMPUESTO 1040 DEL IRS

OTROS INGRESOS DEL HOGAR

SI CORRESPONDE, COMPLETE LA INFORMACIÓN PARA TODOS LOS QUE CORRESPONDAN A SU HOGAR

Marque la casilla si recibe

FUENTE DE INGRESOS

CANTIDAD RECIBIDA

Asistencia en efectivo TANF (TCA) \$
(ADJUNTAR COPIA DE LA CARTA RESUMEN DE BENEFICIOS)

Seguridad social | Discapacidad \$
(ADJUNTAR COPIA DE LA CARTA RESUMEN DE BENEFICIOS)

Beneficios del SSI \$
(ADJUNTAR COPIA DE LA CARTA RESUMEN DE BENEFICIOS)

Beneficios de desempleo \$
(ADJUNTE COPIA DEL CHEQUE DE DESEMPLEO O TALÓN DE CHEQUE CON FECHA DE INICIO)

Subsidio para hogares de acogida \$
(ADJUNTAR COPIA DE CARTA DE BENEFICIOS DEL SUBSIDIO)

Otro: \$
(ADJUNTAR COPIA DE CARTA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDANTE)

SNAP - PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA NUTRICIÓN COMPLEMENTARIA \$
(ADJUNTE COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE BENEFICIOS DE SNAP)

SIN INGRESOS

Todos los elementos de ingresos marcados en texto rojo deben adjuntarse a esta solicitud para que sea aceptada.
 Y !! ¡¡ Todos los ingresos y beneficios deben ser verificados!!

POR FAVOR FIRME ABAJO DESPUÉS DE LEER LA DECLARACIÓN

Entiendo que este documento se utilizará para recibir beneficios bajo el Programa Federal Head Start.

Proporcionar información falsa a sabiendas puede constituir una violación penal según la Ley Federal. Al firmar este documento, certifico y doy fe de que este documento es verdadero y exacto a mi leal saber y entender. La información proporcionó conocimiento.

Firma del padre/tutor

Fecha

SOLO OFICINA

Fecha de la entrevista en persona _____ Iniciales del empleado _____

Fecha de la entrevista telefónica _____ Iniciales del empleado _____

Razón: _____