



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 asistencia de cupones para comida? ☐ 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 ☐ Sí, ☐ No

20 años? ¿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

check box if you receive **SOURCE OF INCOME** **AMOUNT RECEIVED**

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

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

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

☐ Fecha de la entrevista en persona e iniciales del personal
☐ Fecha de la entrevista telefónica e iniciales del personal
Raz ó n : _____