



En el momento de la solicitud de admisión, se requiere presentar prueba de nacimiento, prueba de ingreso, identificación con foto del padre/madre/tutor y una prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade. Esta información se utiliza para determinar su idoneidad para participar en el programa. Si marcó "sí" en la lista de verificación de circunstancias familiares en la página 2 de la solicitud, es necesario que presente documentos de esos elementos. El personal estará a su disposición para ayudarlo a llenar la solicitud.

TODOS LOS DOCUMENTOS TIENEN QUE ESTAR VIGENTES EN EL MOMENTO DE PRESENTARLOS:

<p>Prueba de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EHS – Las mujeres embarazadas pueden tener cualquier edad. Niños: Desde su nacimiento hasta 36 meses de edad, después del 1 de septiembre de 2020. • HS – Es necesario que los niños tengan 3 años, como mínimo, al 1 de septiembre de 2020, o no más de cinco (5) años después del 1 de septiembre de 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento • Pasaporte • Certificado firmado del hospital con la huella del pie • Declaración de edad notariada • Certificado del médico (para embarazadas)
<p>Prueba del ingreso bruto del padre/madre/tutor legal de los últimos 12 meses o el último año calendario (2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1040 – Declaración de Impuestos sobre la Renta, firmado • Formulario(s) W-2 • Comprobantes de pago • Remuneración por desempleo • Declaración en papel con membrete del empleador • Hoja impresa del Ingreso Suplementario (SSI) del Seguro Social • Hoja impresa de Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF) • Agencia para Asistencia a Menores • Formulario de declaración de ingresos
<p>Prueba de identificación del padre/madre/tutor legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción/Pasaporte • Identificación con foto, emitida por el estado • Identificación emitida por el empleador o identificación militar. • Identificación del refugio para desamparados
<p>Prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción • Identificación con foto y dirección, emitida por el estado • Facturas de servicios públicos (electricidad, teléfono, cable, etc.) • Contrato de arrendamiento, alquiler y/o hipoteca • Carta de Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF)/Seguridad de ingreso suplementario (SSI)/Carta como constancia de desempleo
<p>Prueba de discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Educativo Individualizado (IEP) • Plan de Asistencia Familiar Individualizado (IFSP)
<p>Prueba de presunción de discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones y declaraciones del médico/terapeuta, que describan sus inquietudes
<p>Prueba de verificación desamparo/sin hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de la instalación para desamparados o trabajador social • Informe creado por el madre/madre/tutor
<p>Prueba de consumo de sustancias tóxicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del personal del programa de tratamiento
<p>Constancia de violencia doméstica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la agencia/personal de asistencia a víctimas de violencia doméstica • Documentos proporcionados por el tribunal (del año anterior)
<p>Prueba de la Coalición de Aprendizaje Temprano (ELC)-Subsidios para el cuidado infantil (EHS-CCP solamente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ELC- Comprobante del subsidio para atención infantil (con fechas de elegibilidad)
<p>Prueba de condición de estudiante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción vigente/Horario académico de clases
<p>Prueba de educación, 8^{vo} grado y grados inferiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del solicitante/Transcripción académica oficial
<p>Prueba de discapacidad de los padres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del beneficiario de SSI/Declaración del médico
<p>Constancia de embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del médico con la fecha de parto prevista
<p>Prueba de residencia en vivienda pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler/arrendamiento con la Agencia de Vivienda Pública de Miami-Dade (MDPHA)
<p>Prueba de cuidado de acogida/custodia legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de la Agencia de Cuidados de Acogida/Orden de protección
<p>Prueba de tutela/protección legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento del sistema judicial/Orden de protección

Es necesario que los padres verifiquen que la información proporcionada en la solicitud y en los documentos acreditativos sea fiel y exacta y que se declaren todas las fuentes de ingreso de los padres/tutores legales. La tergiversación intencional de toda información proporcionada puede conllevar a que se suspenda la participación del menor en el programa. Los trámites de inscripción demorarán si la solicitud está incompleta o si faltan documentos. _____



**Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD**

Office Use Only

(Checked upon receipt of Documentation)



REGISTRATION REQUIREMENTS

ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT AT TIME AT SUBMISSION:

		Yes	No
Proof of Age: <ul style="list-style-type: none"> • EHS - Pregnant women can be any age. Children: Birth to age 3 years after September 1, 2020. • HS - Children must be at least 3 years old on or before September 1, 2020, or no more than five (5) years old after September 1, 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> • Birth Certificate • Passport • Signed Hospital Foot Print Certificate • Notarized Affidavit of Age Form • Doctor's statement (pregnant women) 		
Proof of parent/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year (2019).	<ul style="list-style-type: none"> • Signed Income Tax 1040 • W-2 form(s) • pay stubs • Unemployment Compensation • Written statement from employers on letterhead • Social Security Supplemental Income (SSI) print-out • TANF print-out • Child Support Agency • Income Statement Form 		
Proof of parent/legal guardian Identification	<ul style="list-style-type: none"> • Driver's license/Passport • State issued picture I.D. • Employer issued picture I.D. • Military picture I.D. • Homeless Shelter picture I.D. 		
Proof of Miami-Dade County Residency	<ul style="list-style-type: none"> • Driver's license with address listed • State issued picture I.D. with address listed • Utility Bills (lights, phone, cable, etc.) • Lease/Rental and/or Mortgage Agreement 		
Proof of Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Individualized Educational Plan (IEP) /IFSP 		
Proof of Suspected Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Doctor's Statement outlining concerns 		
Proof of Homelessness	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Homeless Facility 		
Proof of Substance Abuse	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Treatment Program 		
Proof of Domestic Violence	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Domestic Violence Agency • Court Documentation (within the last year) 		
Proof of ELC-Child Care Subsidy (EHS-CCP only)	<ul style="list-style-type: none"> • ELC-Child Care Subsidy Voucher (with dates of eligibility) 		
Proof of Student Status	<ul style="list-style-type: none"> • Current transcript 		
Proof of Education eight grade and below	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from applicant/School Transcript 		
Proof of Parental Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Written SSI recipient letter/Doctor's statement 		
Proof of Pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> • Written Medical Documentation (current) 		
Proof of Public Housing Residency	<ul style="list-style-type: none"> • MDPHA Written Rental/Lease Agreement 		
Proof of Foster Care/Legal Custody	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation from Foster Care Agency/Court Order 		
Proof of Guardianship/Legal Custody	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation from Court System/Custody Court Order 		

Parents must certify that the information provided on the application and supporting documentation is true and correct and that all parent(s)/legal guardian(s) income are reported. Deliberate misrepresentation of any information submitted may be subject to the child being terminated from the program. An incomplete application and documentation will delay the enrollment process.

Documentation provided: STAFF NAME/DATE _____

Documentation provided: STAFF NAME/DATE _____

Documentation provided: STAFF NAME/DATE _____



INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> EHS-CCP				
Nombre del menor			Fecha de nac.	Centro para el que se hace la solicitud:
Nombre	2º nombre	Apellido		
Adulto principal (madre/madre/tutor legal)				
Nombre	2º nombre	Apellido	Fecha de nac.	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza		Origen étnico		Dominio del idioma
<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial		<input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____		Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro(s) idioma(s) Hablado: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Educación		Empleo		Capacitación laboral/Escuela
<input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de Asociado, escuela vocacional o estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9º – 12º grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8º grado		<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/No funciona: _____ ¿Está usted: <input type="checkbox"/> Retirado o <input type="checkbox"/> Discapacitado ¿Está recibiendo SSA o SSI? _____		<input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o escolar <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o escolar
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Biológica/Adopción/Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida <input type="checkbox"/> Abuelos <input checked="" type="checkbox"/> Otro parentesco <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Brinda apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padres adolescentes <input type="checkbox"/> Subsidiado ¿Hay alguna orden de protección vigente o prohibición de contacto en relación con este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico: _____ @ _____				
Adulto secundario (madre/madre/tutor legal)				
Nombre	2º nombre	Apellido	Fecha de nac.	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza		Origen étnico		Dominio del idioma
<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial		<input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____		Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro(s) idioma(s) Hablar: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Educación		Empleo		Capacitación laboral/Escuela
<input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de Asociado, escuela vocacional o estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9º – 12º grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8º grado		<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/No funciona: _____ ¿Está usted: <input type="checkbox"/> Retirado o <input type="checkbox"/> Discapacitado ¿Está recibiendo SSA o SSI? _____		<input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o escolar <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o escolar
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Biológica/Adopción/Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida <input type="checkbox"/> Abuelos <input checked="" type="checkbox"/> Otro parentesco <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Brinda apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padres adolescentes <input type="checkbox"/> Subsidiado ¿Hay alguna orden de protección vigente o prohibición de contacto en relación con este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico: _____ @ _____				
Teléfono/Dirección residencial vigente del padre/madre/tutor				
Dirección residencial:		Ciudad:	Estado: FL	Código postal:
				Condado: Miami-Dade
Dirección postal (si es otra):		Ciudad :	Estado:	Código postal :
				Condado :
Número(s) de teléfono		Casa/Trabajo/Celular	Relación con el menor	Mensajes de texto
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Condado de Miami-Dade
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD



INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre del menor			Fecha de nac.	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> EHS-CCP		
Nombre	2º nombre	Apellido		Centro para el que se hace la solicitud :		
Nº personas en el hogar	Nº personas en la familia (mantenidos con los ingresos del madre/madre/tutor)	Nº total de niños	Edad 0-3	Edad 4-5	Edad 6 y mayor	
Situación de los padres: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Los dos padres <i>*Se requiere documento legal para inscribir al menor.</i>		Idioma principal de la familia en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Europeo y eslavo <input type="checkbox"/> Creol haitiano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Asiático del Oriente Medio y del sur de Asia <input type="checkbox"/> Indo-americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> América centro-norte, América del Sur <input type="checkbox"/> Otro idioma, debe especificar : _____				

Verificación de idoneidad

Desamparado: Sí No **Militar activo:** Sí No **Veterano del ejército:** Sí No **Referido por la Agencia de Bienestar Infantil:** Sí No
TANF: Sí No Anteriormente **SSI:** Sí No **Recibe SNAP/Bonos de comida:** Sí No **WIC:** Sí No **ID# de WIC:** _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE Head Start/Early Head Start

Idoneidad verificada por:		Fecha de verificación de idoneidad:		
del padre/madre/tutor legal nombre	Cantidad	Frecuencia	Descripción	Verificación de fuente de ingresos
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
Por favor, especifique más arriba en Fuentes de Ingreso Ingresos ganados: Formularios 1040 y W2, recibos de pago, carta del empleador, pensión/jubilación del Seguro Social, remuneración por desempleo, manutención, etc. Ingresos no ganados: Asistencia pública (p.ej. TANF o SSI), reembolso por hogar de acogida/orden de protección, certificación de no ingreso, infantil/de cónyuge por orden del tribunal, etc.		Ingreso total:	Notas de idoneidad:	

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre	Relación	Entregado a	Dirección	# de teléfono
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES: (rellenar cuidadosamente)

Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada	Sí	No	Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada	Sí	No
Mujer embarazada, documento probatorio			Remisión para recibir servicios de una agencia para el bienestar infantil, documentado		
Residente en vivienda pública (MPHA), documentado			Consumo de sustancias, documentado		
Desamparo	Período de tiempo en situación de desamparo :		Familias desplazadas por motivo de catástrofes		
	Nombre de la agencia:				
Víctima de violencia doméstica, documentado			Discapacidad del padre/madre, documentado		
Hermano(s) que regresan a los programas Head Start/Early Head Start			Subsidio de atención infantil ELC, documentado (solo EHS-CCP)		

Fuente de remisión de la solicitud:	<input type="checkbox"/> Coalición para el Aprendizaje Temprano <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Divulgación Comunitaria <input type="checkbox"/> Early Steps/FDLRS <input type="checkbox"/> Remisión por orden del tribunal <input type="checkbox"/> Auto remisión <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Antiguo padre participante <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica médica <input type="checkbox"/> Línea de Ayuda <input type="checkbox"/> Healthy Start <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro pública o privada <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas <input type="checkbox"/> Feria Juvenil <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Agencia de Recursos y Remisión <input type="checkbox"/> CareerSource <input type="checkbox"/> Agencia de desempleo <input type="checkbox"/> Folleto informativo de HS/EHS <input type="checkbox"/> Información en los autobuses/trenes/valla publicitaria <input type="checkbox"/> Otra fuente (Especifique): _____
--	--



Condado de Miami-Dade
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD



INFORMACIÓN DEL MENOR

Nombre	2^{do} nombre	Apellido	Seudónimo	Sufijo del nombre	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> EHS-CCP
					Centro para el que se hace la solicitud:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Este menor nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de semanas _____	Fuente de verificación de edad: <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Constancia médica (embarazadas) <input type="checkbox"/> Declaración de edad notariada <input type="checkbox"/> Otra prueba (especifique):		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____	Cobertura de servicios médicos primarios: <input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Beneficios de Medicaid/CHIP combinados <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro médico <input type="checkbox"/> Otro tipo de seguro <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Seguro médico con fondos estatales solamente Otro tipo de cobertura de salud: <input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Beneficios de Medicaid/CHIP combinados <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro médico <input type="checkbox"/> Otro tipo de seguro <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Seguro médico con fondos estatales solamente Nombre del seguro médico: _____		Idoneidad para recibir beneficios de Medicaid: <input type="checkbox"/> No es idóneo <input type="checkbox"/> Con beneficios de Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente idóneo # de Medicaid: _____ Cobertura de seguro médico: # del seguro médico: _____ Médico/Institución de servicios médicos (nombre del pediatra): _____ Cobertura de servicios dentales: Nombre del seguro dental: _____ # de seguro dental: _____ Dentista/Institución de servicios dentales (nombre del dentista): _____		
Servicios de salud					
Dispositivos auxiliares usados: <input type="checkbox"/> No usa dispositivos auxiliares <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación <input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Dispositivos inmovilizadores <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas Cuidados de salud continuos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidados dentales continuos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Su hijo recibe tratamiento médico por: <input type="checkbox"/> No recibe tratamiento médico/A <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo en sangre <input type="checkbox"/> Otro motivo. Por favor, explique a continuación:					
Indique toda las alergias que ya conozca, necesidades dietéticas u otros problemas médicos/dentales: <input type="checkbox"/> Ninguno que se conozca Describe las preocupaciones:					
Necesidades especiales/Discapacidad					
Plan para la evaluación de diagnóstico de discapacidad realizada por una escuela pública del Condado de Miami-Dade (IEP):				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí", escriba la fecha: / /
Programa Early Steps-Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí", escriba la fecha: / /	
Diagnóstico profesional (terapia del lenguaje, ocupacional, etc.)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí", escriba la fecha: / /	
¿Tiene alguna preocupación con respecto al comportamiento o desarrollo de su hijo?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió "Sí", explíquelo por favor:	
Otros miembros de la familia (financiado con los ingresos del padre/madre/tutor legal)					
Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nac.	Sexo	Relación con el niño
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Verificación (requiere firma) LEA ANTES DE FIRMAR					
Verifico, a mi leal saber, que la información proporcionada en este expediente de solicitud, así como la prueba de edad e ingresos presentada para determinar idoneidad, es correcta y verdadera. Comprendo que esta es una solicitud de servicios pagados con fondos federales y que proporcionar de forma intencional información falsa, incorrecta o falsa puede conllevar a que se suspenda la participación de mi hijo/a en el programa de colaboración del programa Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start y puede tener importantes consecuencias legales para mí.					
Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal:		Firma del padre/madre/tutor legal:			Fecha



ELIGIBILITY DETERMINATION FORM
(For Head Start/EHS Staff Only)

1. Primary Adult Name: _____ Birthdate: _____
 Eligible Child
 2. Name: _____ Birthdate: _____

3. Child's date of enrollment into program: _____ 1st Year Child's date of entry into program: _____
 2nd Year Child's date of entry into program: _____ 3rd Year Child's date of entry into program: _____

4. Earned Income Amount: _____ Unearned Income Amount: _____ Total: _____
CALCULATION AREA FOR INCOME (IF NEEDED)

5. **Verifying** Eligibility-(Enrollment by Type of Eligibility):

- Income below 100% of federal poverty guidelines _____%
- Over-Income** above 100% of federal poverty guidelines _____%
- Homeless
- Foster Care
- Supplemental Security Income (SSI) (Public Assistance)
- Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (Public Assistance)

Relevant Time Period used for calculation of income:

Last Calendar Year _____ **or**

Previous 12 months _____

6. Family Size: *(Supported by the income of the parent(s) or legal guardian-see page 1 of application)*: _____

7. **Documentation** used to determine eligibility for the Relevant Time Period:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Form(s) 1040 | <input type="checkbox"/> TANF documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> W-2/1099 | <input type="checkbox"/> SSI documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> Written statements from employer(s) | <input type="checkbox"/> *Homeless Shelter documentation |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub(s) | <input type="checkbox"/> *Foster Care documentation |
| <input type="checkbox"/> Unemployment documentation | <input type="checkbox"/> Income Statement Form |
| <input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support documentation | <input type="checkbox"/> Certification of Zero Income Form |
| <input type="checkbox"/> Other eligibility documentation: _____ | |

Determining Eligibility - HS/EHS Staff signature *(required)*:

Date of in-person interview: _____ Completed by Staff Name _____
(Please print)

Based on my examination and verification of the age and income eligibility documents provided by parent or guardian, I have determined that the child is eligible to participate in the HS/EHS program.

Staff Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Staff name (print): _____ Date: _____

Administrative Signature: _____ Title: _____ Date: _____