



# Feuille de calcul financière du programme Head Start À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU



Head Start &  
Early Head Start

Revenu primaire	_____ par _____ X				= _____
Revenu Secondaire	_____ par _____ X				= _____
SSI (enfant)	_____ par _____ X				= _____
SSI (Adulte)	_____ par _____ X				= _____
Trav. Indépendant	_____ par _____ X				= _____
Sécurité sociale	_____ par _____ X				= _____
Retraite	_____ par _____ X				= _____
Indemnités de grève	_____ par _____ X				= _____
Indemn. des travailleurs	_____ par _____ X				= _____
Avantages pour les anciens combattants	_____ par _____ X				= _____
TANF (AFDC)	_____ par _____ X				= _____
Allocations de formation	_____ par _____ X				= _____
Pension alimentaire	_____ par _____ X				= _____
Aide à l'enfance	_____ par _____ X				= _____
Programme Foster	_____ par _____ X				= _____
Pension privée	_____ par _____ X				= _____
Pension du gouv.	_____ par _____ X				= _____
Bourses/subventions	_____ par _____ X				= _____
Dividendes / Intérêts	_____ par _____ X				= _____
Revenu locatif net	_____ par _____ X				= _____
Autres revenus	_____ par _____ X				= _____

**REVENU TOTAL BRUT :** \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

*\* Fixez le ruban de la calculatrice pour afficher vos calculs*

Notes :

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Anniversaire

## Informations sur la famille, revenus et contacts

Informations sur la famille									
Adresse de résidence de la famille		Adresse de résidence		Ligne d'adresse 2	B. P	Ville	Etat	Pays	
Date de début de vie									
Adresse postale de la famille		Adresse postale		Ligne d'adresse 2	B. P	Ville	Etat		
Même comme résidence ?		Date de début d'utilisation							
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Numéro de téléphone		Type (cocher une case)			Note (extension or best time to call)		Demander l'envoi de SMS		
		<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autres					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autres					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autres					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Statut parental (Cocher une case)	Langue principale à la maison	Famille sans abri	Militaires en activité	Ancien combattant (USA)	Référé par L'enfant Agence d'aide sociale	Recevoir le SNAP	WIC	WIC ID (si applicable)	
<input type="checkbox"/> Un		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Deux		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non		

Revenu de la famille						
Revenu vérifié par		Date de Vérification		Statuts TANF		SSI
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui
				<input type="checkbox"/> Anciennement sur TANF/pas maintenant		<input type="checkbox"/> Non
Membre de la famille	Montant	Par (par exemple semaine, mois, année)	Montant annuel	Description (par exemple SSI, emploi, enfant, aide)	Vérification (par exemple W2, talon de chèque)	Note
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notes sur les revenus						

Contacts en cas d'urgence et source d'orientation								
Contact 1	Nom		Relation		Contact en cas d'urgence		Libération à	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Adresse		B.P.		Ville		Etat	
Source de référence	Numéro de téléphone 1		Numéro de téléphone 2		Numéro de téléphone 2			
	<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail		<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail		<input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail			
	Où avez-vous entendu parler de Head Start/Early Head Start ?							
<input type="checkbox"/> DHHS <input type="checkbox"/> AFFM <input type="checkbox"/> CDS <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> École publique <input type="checkbox"/> Dr./ Pédiatre <input type="checkbox"/> Site web MMCA <input type="checkbox"/> Événement ou Actualités de recrutement /TV <input type="checkbox"/> Inscriptions antérieures <input type="checkbox"/> Prospectus spécifique _____ <input type="checkbox"/> Partenaire communautaire Agence spécifique : _____								
Notes :								

Certification : Je certifie que ces informations sont véridiques. Si une partie est fausse, ma participation au programme de cette agence peut être interrompue et faire l'objet d'une action en justice. Je comprends également que les informations contenues dans cette demande seront conservées dans la plus stricte confidentialité au sein de l'agence et qu'elles me seront accessibles pendant les heures normales de bureau.

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Certification : J'atteste que les informations enregistrées correspondent à ce que j'ai reçu. Si j'ai falsifié des éléments, je comprends que l'agence peut décider de me licencier et que je peux faire l'objet d'une action en justice. Je comprends également qu'il est de mon devoir de protéger les informations contenues dans cette demande par les directives de confidentialité de l'agence et comme indiqué dans les normes de performance du programme Head Start.

Signature du personnel \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Anniversaire \_\_\_\_\_

### Informations sur l'éligibilité et l'inscription des candidats

Éligibilité				
Durée du programme	Agence <b>MMCA</b>	État initial <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Sur liste d'attente	Statut à Date	
Déclarations signées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de signature	L'enfant passera à		
Emplacement Préférence Priorité 1er 2nd Notes d'inscription	Site	Salle de classe	Financement	
Date de la demande	Statut de la demande <input type="checkbox"/> Complet et vérifié <input type="checkbox"/> Incomplet, info non renvoyée <input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> Autres - à préciser dans les notes	Numéro de la demande	Année de participation	
Date d'éligibilité	Éligibilité Revenu  <input type="checkbox"/> Preuve de revenu jointe	Nombre dans la famille	Statut des revenus <input type="checkbox"/> Aide publique (voir fiche de vérification) <input type="checkbox"/> Éligible (0-100%) <input type="checkbox"/> 101% - 130% <input type="checkbox"/> enfant Foster <input type="checkbox"/> Sans-abri <input type="checkbox"/> Plus de revenus	
CACFP Date				

### Critères d'éligibilité

Question d'éligibilité	Informations complémentaires concernant la question de l'éligibilité
REVENUS	
AGE	
HANDICAP	
SANS-ABRI	
FAMILLE D'ACCUEIL/OUVERT DHHS	
PARENT	
Enfant affecté par la drogue ou l'alcool	
TRANSFERT	
FAMILLE	
MILITAIRE - SERVICE ACTIF/VET	
PARENT INCARCÉRÉ	
AUTRE	