

Informações do Candidato e dos Membros da Família

Candidato							
Primeiro Nome	Nome do Meio	Último Nome	Sufixo	Alcunha	Data Nasc.	Gênero	Certificado de Nascimento
						<input type="checkbox"/> Obtido <input type="checkbox"/> Precisa obter cópia	
Raça		Hispanico		Proficiência em Inglês		Outro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pouca			<input type="checkbox"/> Pouca	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multiétnico					<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Outro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente	
Cobertura de Saúde Principal		Outra Cobertura	Número do Seguro	Elegibilidade para Medicaid	Nº do Medicaid	Médico/Clinica Médica	
				<input type="checkbox"/> Não Elegível			
				<input type="checkbox"/> Tem Medicaid			
				<input type="checkbox"/> Potencial			
Cobertura Odontológica		Número da Cobertura Odontológica		Dentista/Clinica Odontológica			

Adulto Responsável ou <input type="checkbox"/> Mãe Grávida (Candidata)							
Primeiro Nome	Nome do Meio	Último Nome	Sufixo	Alcunha	Data Nasc.	Gênero	Data Prevista para Parto
Raça		Hispanico		Proficiência em Inglês		Outro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pouca			<input type="checkbox"/> Pouca	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multiétnico					<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Outro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente	
Grau de Escolaridade mais Alto		Estado de Emprego		Relacionamento da Criança		Custódia	Marque todas Opções Aplicáveis
<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> ≤ 9º ano	<input type="checkbox"/> Tempo Integral	<input type="checkbox"/> T. Integral e em Treino	<input type="checkbox"/> Biológico/Adotado/Enteado		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Mora com a Família
<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> 10º ano	<input type="checkbox"/> Meio Período	<input type="checkbox"/> Meio Período e em Treino	<input type="checkbox"/> Neto		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fornece Suporte Financeiro
<input type="checkbox"/> Mestre	<input type="checkbox"/> 11º ano	<input type="checkbox"/> Temporário	<input type="checkbox"/> Em Treino ou na Escola	<input type="checkbox"/> Outro Parentesco		<input type="checkbox"/> Pai/Mãe Adolescente	
<input type="checkbox"/> Uni ou Treino	<input type="checkbox"/> 12º ano	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado/Incapacitado	<input type="checkbox"/> Adotivo		Se pai/mãe adolescente, é subvencionado	
<input type="checkbox"/> Uni ou Treino Av	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Compl.			<input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Equivalência Ensino Médio (GED/ HISET)					
Endereço e-mail:							

Adulto Secundário ou Outro Adulto							
Primeiro Nome	Nome do Meio	Último Nome	Sufixo	Alcunha	Data Nascimento	Gênero	
Raça		Hispanico		Proficiência em Inglês		Outro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pouca			<input type="checkbox"/> Pouca	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multiétnico					<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Outro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente	
Grau de Escolaridade mais Alto		Estado de Emprego		Relacionamento da Criança		Custódia	Marque todas Opções Aplicáveis
<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> ≤ 9º ano	<input type="checkbox"/> Tempo Integral	<input type="checkbox"/> T. Integral e em Treino	<input type="checkbox"/> Biológico/Adotado/Enteado		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Mora com a Família
<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> 10º ano	<input type="checkbox"/> Meio Período	<input type="checkbox"/> Meio Período e em Treino	<input type="checkbox"/> Neto		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fornece Suporte Financeiro
<input type="checkbox"/> Mestre	<input type="checkbox"/> 11º ano	<input type="checkbox"/> Temporário	<input type="checkbox"/> Em Treino ou na Escola	<input type="checkbox"/> Outro Parentesco		<input type="checkbox"/> Pai/Mãe Adolescente	
<input type="checkbox"/> Uni ou Treino	<input type="checkbox"/> 12º ano	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado/Incapacitado	<input type="checkbox"/> Adotivo		Se pai/mãe adolescente, é subvencionado	
<input type="checkbox"/> Uni ou Treino Av	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Compl.			<input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Equivalência Ensino Médio (GED/ HISET)					
Endereço e-mail:							

Criança Adicional (Não Candidato) *							
Primeiro Nome	Nome do Meio	Último Nome	Sufixo	Alcunha	Data de Nascimento	Gênero	
Race		Hispanico		Proficiência em Inglês		Outro Idioma e Proficiência	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pouca			<input type="checkbox"/> Pouca	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multiétnico					<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Outro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente	
						A criança tem menos de 3 anos?	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
						Tem interesse no programa em Casa?	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Criança Adicional (Não Candidato) *							
Primeiro Nome	Nome do Meio	Último Nome	Sufixo	Alcunha	Data de Nascimento	Gênero	
Raça		Hispanico		Proficiência em Inglês		Outro Idioma e Proficiência	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pouca			<input type="checkbox"/> Pouca	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multiétnico					<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Outro: _____						<input type="checkbox"/> Proficiente	
						A criança tem menos de 3 anos?	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
						Tem interesse no programa em Casa?	
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

*Se uma família tem mais de uma criança se candidatando para serviços, por favor preencha uma cópia separada deste formulário para cada candidato.

Planilha Financeira do Head Start USO INTERNO APENAS



Renda Principal	_____ por _____	X			= _____
Renda Secundária	_____ por _____	X			= _____
SRSS (Criança)	_____ por _____	X			= _____
SRSS (Adulto)	_____ por _____	X			= _____
Por Conta Própria	_____ por _____	X			= _____
Segurança Social	_____ por _____	X			= _____
Aposentadoria	_____ por _____	X			= _____
Benefícios de Greve	_____ por _____	X			= _____
Compensação Trabalhador	_____ por _____	X			= _____
Benefícios de Veteranos	_____ por _____	X			= _____
TANF (AFDC)	_____ por _____	X			= _____
Bolsas de Treino	_____ por _____	X			= _____
Pensão de Alimentos	_____ por _____	X			= _____
Apoio Financeiro para Criança	_____ por _____	X			= _____
Programa de Adoção	_____ por _____	X			= _____
Pensão Privada	_____ por _____	X			= _____
Pensão do Governo	_____ por _____	X			= _____
Bolsas/Concessões	_____ por _____	X			= _____
Dividendos/Juros	_____ por _____	X			= _____
Renda Líquida Aluguel	_____ por _____	X			= _____
Outras Rendas	_____ por _____	X			= _____

RENDA BRUTA TOTAL: _____ = _____

** Anexe a fita da calculadora para exibir seus cálculos*

Notas:

Esta seção é destinada apenas ao uso da Agência:

Nome do Candidato: _____ Data de Nascimento _____

Informações da Família, Renda e Contatos

Informações da Família								
Endereço Residencial da Família		Endereço Residencial	Linha de Endereço 2	CEP	Cidade	Estado	País	
Data de Início de Residência								
Endereço de Correspondência da Família		Endereço de Correspondência	Linha de Endereço 2	CEP	Cidade	Estado		
Mesmo que o residencial?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Número de Telefone		Tipo (marque um)		Nota (ramal ou melhor horário para ligar)		Optar por Mensagens de Texto		
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Status dos Pais (marque um)	Língua Principal em Casa	Família Sem-teto	Militar em Serviço	Veterano das Forças Armadas dos EUA	Encaminhado por Agência de Bem-Estar Infantil	Recebendo SNAP	Programa de Assistência Nutricional para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC)	ID do WIC (se aplicável)
<input type="checkbox"/> Um		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Dois		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	

Renda da Família							
Renda Verificada Por		Data de Verificação		Status do TANF		SRSS	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Anteriormente no TANF/Agora não		<input type="checkbox"/> Não	
Membro da Família	Valor	Por (por exemplo, semana, mês, ano)	Valor Anual	Descrição (por exemplo, SRSS, Trabalho, Pensão Alimentícia)	Verificação (por exemplo W2, Contra-Cheque)	Nota	
	\$		\$				
	\$		\$				
	\$		\$				
Notas sobre a Renda							

Contatos de Emergência e Fonte de Referência								
Contato 1	Nome	Relação			Contato de Emergência		Liberação para	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Endereço	CEP			Cidade		Estado	
Fonte de Referência	Número Telemóvel 1	Número Telemóvel 2			Número Telemóvel 3			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho			<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho			
					<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho			
Onde você ouviu falar sobre o Head Start/Early Head Start?								
<input type="checkbox"/> DHHS <input type="checkbox"/> AFFM <input type="checkbox"/> CDS <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Escola Pública <input type="checkbox"/> Dr./ Pediatra <input type="checkbox"/> Site do MMCA <input type="checkbox"/> Evento de Recrutamento Jornal/TV								
<input type="checkbox"/> Matrícula Anterior <input type="checkbox"/> Folheto Específico: _____ <input type="checkbox"/> Parceiro da Comunidade Agência Específica: _____								
Notas:								

Certificação: Certifico que estas informações são verdadeiras. Se alguma parte for falsa, minha participação no programa desta agência pode ser encerrada e estarei sujeito a ações legais. Também entendo que as informações desta inscrição serão mantidas em estrita confidencialidade dentro da agência e estarão acessíveis a mim durante o horário comercial normal.

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____

Certificação: Atesto que as informações registradas representam o que recebi. Se falsifiquei alguma parte, entendo que a agência pode optar por me encerrar e posso estar sujeito a ações legais. Também entendo que é minha responsabilidade proteger as informações nesta inscrição de acordo com as diretrizes de confidencialidade da agência conforme descrito nos Padrões de Desempenho do Programa Head Start

Assinatura do Funcionário _____ Data _____

Nome do Candidato: _____ Data de Nascimento _____

Elegibilidade do Candidato e Informações de Inscrição

Elegibilidade				
Prazo do Programa	Agência MMCA	Status Inicial <input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Em Lista de Espera	Data do Status	
Liberações Assinadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Assinatura	Criança fará a transição para		
Prioridade de Preferência de Local 1º 2º	Local	Sala de Aula	Financiamento	
Notas de Inscrição				
Data da Candidatura	Status da Candidatura <input type="checkbox"/> Completo e Verificado <input type="checkbox"/> Incompleto, informações não retornaram	Número da Candidatura	Ano de Participação	
Data de Elegibilidade	<input type="checkbox"/> Incompleto Renda de Elegibilidade	<input type="checkbox"/> Outro - especificar nas notas Número na Família	Status de Renda <input type="checkbox"/> Assistência Pública (Ver folha de verificação) <input type="checkbox"/> Elegível (0-100%) <input type="checkbox"/> 101% - 130% <input type="checkbox"/> Criança acolhida <input type="checkbox"/> Sem-teto <input type="checkbox"/> Acima da Renda	
<input type="checkbox"/> Comprovativo de Renda Anexado				
Data do CACFP (Programa de Alimentação para Crianças e Adultos em Cuidado)				

Crítérios de Elegibilidade

Questão de Elegibilidade	Informações Complementares sobre a questão de elegibilidade
RENDA	
IDADE	
INCAPACIDADE	
EM SITUAÇÃO DE SEM-TETO	
ACOLHIDO/ABRIGO DO DHHS	
PAI/MÃE	
Criança Afetada por Álcool/Droga	
TRANSFERÊNCIA	
FAMÍLIA	
MILITAR – EM SERVIÇO/VETERAN	
PAI/MÃE NA PRISÃO	
OUTRO	