

Información del Solicitante y del Miembro de la Familia

Solicitante							
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género	Certificado de Nacimiento
Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro idioma		<input type="checkbox"/> Obtenido <input type="checkbox"/> Necesita obtener una copia Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca			<input type="checkbox"/> Poca	
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Hawaiana/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Ninguna				<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Competente				<input type="checkbox"/> Competente	
Cobertura Principal de Salud		Otra Cobertura	# de Seguro	Elegibilidad para Medicaid	# Medicaid	Médico/Consultorio	
				<input type="checkbox"/> No elegible			
				<input type="checkbox"/> Sobre Medicaid			
				<input type="checkbox"/> Potencialmente			
Cobertura Dental			# de Cobertura Dental			Odontólogo/Consultorio	

Adulto Principal o <input type="checkbox"/> Mamá Embarazada (Solicitante)							
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género	Fecha de Parto
Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro idioma		Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca			<input type="checkbox"/> Poca	
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Hawaiana/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Ninguna				<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Competente				<input type="checkbox"/> Competente	
Último grado que completó		Situación Laboral		Relación con el Niño(a)		Custodia	Marque las opciones que correspondan
<input type="checkbox"/> Associate	<input type="checkbox"/> ≤ Grado 9	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y capacitación	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la familia
<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Grado 10	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo y capacitación	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Formación o escuela	<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre adolescente	
<input type="checkbox"/> Grado COL	<input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	<input type="checkbox"/> Acogida		Si es padre adolescente, ¿tiene subsidio?	
<input type="checkbox"/> Grado COL o ADV	<input type="checkbox"/> Graduado de HS			<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> GED/ HISET							
Dirección de correo electrónico:							

Adulto Secundario u Otro Adulto							
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Otro idioma		Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca			<input type="checkbox"/> Poca	
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Hawaiana/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Ninguna				<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Competente				<input type="checkbox"/> Competente	
Último grado que completó		Situación Laboral		Relación con el Niño(a)		Custodia	Marque las opciones que correspondan
<input type="checkbox"/> Associate	<input type="checkbox"/> ≤ Grado 9	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo y capacitación	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la familia
<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Grado 10	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo y capacitación	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Formación o escuela	<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre adolescente	
<input type="checkbox"/> Grado COL	<input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	<input type="checkbox"/> Acogida		Si es padre adolescente, ¿tiene subsidio?	
<input type="checkbox"/> Grado COL o ADV	<input type="checkbox"/> Graduado de HS			<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> < Grado 9	<input type="checkbox"/> GED/ HISET						
Dirección de correo electrónico:							

Hijo adicional (no solicitante) *							
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Dominio de otro idioma		¿Este niño es menor de 3 años?	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Poca		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Hawaiana/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada			
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		¿Interesado en basado en el hogar?	
<input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Hijo adicional (no solicitante) *							
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género	
Raza		Hispano	Dominio del Inglés	Dominio de otro idioma		¿Este niño es menor de 3 años?	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Poca		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Hawaiana/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada			
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		¿Interesado en basado en el hogar?	
<input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

* Si una familia tiene más de un niño que solicita servicios, por favor complete una copia separada de este formulario para cada solicitante.

Hoja de Financiera de Head Start PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA



Ingreso Principal	_____ por _____	X		=	
Ingreso Secundario	_____ por _____	X		=	
SSI (Niño)	_____ por _____	X		=	
SSI (Adulto)	_____ por _____	X		=	
Independiente	_____ por _____	X		=	
Seguro Social	_____ por _____	X		=	
Retirado	_____ por _____	X		=	
Beneficios de Strike	_____ por _____	X		=	
Indemnización Laboral	_____ por _____	X		=	
Beneficios de Veteranos	_____ por _____	X		=	
TANF (AFDC)	_____ por _____	X		=	
Estipendios de Capacitación	_____ por _____	X		=	
Pensión Alimenticia/Manutención	_____ por _____	X		=	
Manutención Infantil	_____ por _____	X		=	
Programa de Acogida	_____ por _____	X		=	
Pensiones Privadas	_____ por _____	X		=	
Pensión Gubernamental	_____ por _____	X		=	
Becas/Subvenciones	_____ por _____	X		=	
Dividendos/Intereses	_____ por _____	X		=	
Ingreso Neto por Rentas	_____ por _____	X		=	
Otros ingresos	_____ por _____	X		=	

TOTAL DE INGRESOS BRUTOS: _____ = _____

** Adjunte cinta de la calculadora para mostrar los cálculos*

Notas:

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información Familiar, Ingresos y Contactos

Información sobre la Familia									
Dirección de Habitación de la Familia									
Comenzó a vivir en la fecha		Dirección de vivienda		Dirección Línea 2		ZIP	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal de la Familia									
¿Igual que la de habitación?	Comenzó a usar la fecha	Dirección postal		Dirección línea 2		ZIP	Ciudad	Estado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Teléfono		Tipo (Marque una opción)		Nota (extensión o mejor hora para llamar)		Suscripción mensajes de texto			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado parental (Marque una opción)	Idioma principal en casa	Familia sin vivienda	Militar en servicio activo	Veterano de las Fuerzas Armadas	Agencia de Bienestar Infantil que Refiere	Recibiendo SNAP	WIC	ID de WIC (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Uno		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No		

Ingresos Familiares						
Ingresos verificados por		Fecha de Verificación		Estado de TANF		SSI
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
				<input type="checkbox"/> Antes en TANF/Ahora no		<input type="checkbox"/> No
Miembro Familiar	Cantidad	Por (por ejemplo, semana, mes, año)	Monto anual	Descripción (por ejemplo, SSI, trabajo, hijo, manutención)	Verificación (por ejemplo, W2, talón de verificación)	Nota
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de ingresos						

Contactos de emergencia y fuente de referencia								
Contacto 1	Nombre		Relación		Contacto de Emergencia		Divulgar a	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		ZIP		Ciudad		Estado	
Fuente de	Número de teléfono 1		Número de teléfono 2		Número de teléfono 3			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	¿Dónde escuchó sobre Head Start/Early Head Start?							
<input type="checkbox"/> DHHS <input type="checkbox"/> AFFM <input type="checkbox"/> CDS <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Escuela Pública <input type="checkbox"/> Dr./Pediatra <input type="checkbox"/> Sitio web de MMCA <input type="checkbox"/> Reclutamiento Evento Periódico/TV								
<input type="checkbox"/> Inscripción Anterior <input type="checkbox"/> Flyer Especifico: _____ <input type="checkbox"/> Agencia específica para Socios Comunitarios: _____								
Notas								

Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada y puede estar sujeta a acciones legales. También entiendo que la información de esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y será accesible para mí durante el horario comercial normal.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Certificación: Doy fe de que la información registrada representa lo que recibí. Si falsifiqué alguna parte, entiendo que la agencia podría optar por rescindirme y podría estar sujeto a acciones legales. También entiendo que es mi trabajo proteger la información en esta solicitud según las pautas de confidencialidad de la agencia y como se describe en las Normas de Desempeño del Programa Head Start.

Firma del Personal _____ Fecha _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Elegibilidad del Solicitante e Información de la Inscripción

Elegibilidad				
Plazo del Programa	Agencia MMCA	Estatus Inicial <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Lista de Espera	Fecha de Estatus	
Divulgaciones Firmadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la firma	El niño(a) hará la transición a		
Prioridad de Preferencia de Ubicación 1ro 2do	Sitio	Salón de Clases	Financiación	
Notas de Inscripción				
Fecha de solicitud	Estatus de la solicitud <input type="checkbox"/> Completo y verificado <input type="checkbox"/> Incompleto, información no regresada	Número de solicitud	Año de participación	
Fecha de elegibilidad	<input type="checkbox"/> Incompleto Ingresos de elegibilidad	<input type="checkbox"/> Otro – especificar en notas Número en la familia	Situación económica <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (Ver hoja de verificación) <input type="checkbox"/> Elegible (0-100%) <input type="checkbox"/> 101% - 130% <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Personas sin hogar <input type="checkbox"/> Sobreingreso	
Fecha CACFP	<input type="checkbox"/> Comprobante de Ingresos Adjunto			

Criterios de Admisibilidad

Pregunta de Elegibilidad	Información Complementaria con respecto a la pregunta de elegibilidad
INGRESOS	
EDAD	
DISCAPACIDAD	
SIN HOGAR	
ACOGIDA/ DHHS ABIERTO	
PADRE/MADRE	
Niño afectado por las drogas y el alcohol	
TRANSFERENCIA	
FAMILIA	
MILITAR – SERVICIO ACTIVO/VETERANO	
PADRE ENCARCELADO	
OTRA	