



DE 0 A 5 AÑOS

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN (copia para el padre/madre/tutor legal)

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 ayudarle 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. Los niños: Bebés y Niños Pequeños hasta 36 meses. • HS - Los niños deben tener al menos 3 años de edad o 3 años de edad antes del 1 de septiembre, o no más de cuatro (4) años de edad el 1 de septiembre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento • Pasaporte • Certificado de impresión de pies del hospital firmado • Formulario de Declaración Jurada Notariada de Edad • Declaración del médico (mujeres embarazadas) • Otra prueba relacionada del documento de nacimiento
<p>Prueba del ingreso bruto del padre/madre/tutor legal de los últimos 12 meses o el último año calendario (2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de Impuesto sobre la Renta 1040, W-2, o 1099, etc. • Talones de pago • Compensación por Desempleo • Declaración escrita de los empleadores con membrete • Impresión de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus información) • Impresión TANF • Agencia de Manutención de Niños • Formulario de Estado de Cuenta de Ingresos • Formulario de Certificación de Ingreso Cero
<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. _____



INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE 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	2 ^{do} nombre	Apellido		Centro para el que se hace la solicitud:	
Adulto principal (madre/madre/tutor legal)					
Nombre	2 ^{do} 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"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado		<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ Fecha de inicio _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO a partir de _____ (por ej.: no trabaja, retirado o discapacitado)		<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/Padraastro/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida <input type="checkbox"/> Abuelos <input 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	2 ^{do} 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"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado		<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ Fecha de inicio _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO a partir de _____ (por ej.: no trabaja, retirado o discapacitado)		<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/Padraastro/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida <input type="checkbox"/> Abuelos <input 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



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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Militar activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano del ejército: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Referido por la Agencia de Bienestar Infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibe SNAP/Bonos de comida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ID# de WIC: _____					

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

Idoneidad verificada por:			Fecha de verificación de idoneidad:		
Fuentes de ingreso (del padre/madre/tutor legal)	Cantidad	Frecuencia	Descripción	Verificación	
		<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 infantil/de cónyuge por orden del tribunal, etc. Ingresos no ganados: Asistencia pública (p.ej. TANF o SSI), reembolso por hogar de acogida/orden de protección, certificación de no ingreso, 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 : Nombre de la agencia:		Familias desplazadas por motivo de catástrofes		
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/Clinica 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"/> Social Media (FB, Twitter, Instagram, TikTok, etc...) <input type="checkbox"/> CVAC Program <input type="checkbox"/> Otra fuente (Especifique): _____
--	--



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: _____ Dominio del idioma inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		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: / /
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



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



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

- 1. Primary Adult Name: _____ Birthdate: _____
- 2. Eligible Child 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 _____%
 - Homelessness
 - 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, 1099 | <input type="checkbox"/> TANF documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> W-2 | <input type="checkbox"/> SSI documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> Written statements from employer(s) | <input type="checkbox"/> Homeless 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 related 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: _____