**0 – 5 AÑOS DE EDAD**

**MDCLogo_Color_lowresCONDADO DE MIAMI-DADE**

**DEPARTAMENTO DE ACCIÓN COMUNITARIA Y SERVICIOS HUMANOS**

**DIVISIÓN PARA PROGRAMAS HEAD START/EARLY HEAD START**

**REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN**

**(Copia para los padres o tutor legal)**

**Las siguientes credenciales son necesarias al momento de presentar la solicitud, cuando corresponda. Esta información se necesita para determinar la participación del niño en el programa. Presente copia de todos los documentos que haya marcado con “sí” en el cuestionario de las condiciones familiares que aparece en la página 3 de esta solicitud. Nuestro personal se encuentra disponible para ayudarle a rellenar el formulario. Verifique toda la documentación que entregue al personal.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verificación de edad:**   * **EHS** – Las mujeres embarazadas. Los niños recién nacidos hasta de 3 años cumplidos después del lro. de septiembre de 2017. * **HS** – Es necesario que los niños hayan cumplido 3 ó 4 años de edad el 1ro. de septiembre de 2017 o antes, pero no más de cinco (5) años | * **Certificado de nacimiento** * **Pasaporte** * **Declaración jurada que indique la edad** * **Certificado médico (mujeres embarazadas)** |
| **Prueba de los ingresos brutos de los**  **padres o del tutor legal correspondiente a los últimos 12 meses o al último año fiscal (2016)** | * **Formulario 1040 de declaración de impuestos firmado, en el que aparezca el niño solicitante** * **Formularios W-2** * **Talones de cheques de pago** * **Beneficios de desempleo** * **Resumen en papel membretado de los empleadores** * **Resumen impreso de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)** * **Resumen impreso de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)** * **División de Servicios de Manutención de Niños** * **Resumen notarizado de ingresos** |
| **Prueba de identidad de los padres** | * **Licencia de conducción / Pasaporte** * **Identificación con foto, emitida por el estado** * **Identificación laboral / Identificación militar** * **Identificación emitida por el refugio para desamparados** |
| **Prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade** | * **Licencia de conducción** * **Identificación con foto y dirección, emitida por el estado** * **Facturas de servicios públicos (luz, teléfono, cable, etc.)** * **Contrato de alquiler y/o escritura de hipoteca** * **Carta de TANF/SSI/Desempleo** |
| **Prueba de discapacidad** | * **Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés)** * **Plan de Apoyo Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés)** |
| **Prueba de posible discapacidad** | * **Evaluaciones médicas y terapéuticas por escrito que describan el padecimiento** |
| **Prueba de desamparo** | * **Informe del hogar para desamparados o del trabajador social** * **Declaración del solicitante** |
| **Prueba de abuso de sustancias controladas** | * **Informe del personal del programa de tratamiento** |
| **Prueba de violencia doméstica** | * **Informe del personal de la Oficina de Atención a Víctimas de Violencia Doméstica** * **Expediente del tribunal (en el último año)** |
| **Prueba del estatus de estudiante** | * **Expediente académico actual** |
| **Prueba de estudios escolares hasta el octavo grado o menos** | * **Declaración del solicitante / Expediente oficial de la escuela** |
| **Prueba de discapacidad de los padres** | * **Carta del beneficiario de SSI / Certificado médico** |
| **Prueba de embarazo** | * **Documentación médica (vigente)** |
| **Prueba de residencia en Vivienda Pública** | * **Contrato de alquiler con Vivienda Pública (MDPHA, en inglés)** |
| **Prueba de la familia adoptiva temporal legal** | * **Documentación de la agencia de acogida/adjudicación judicial** |
| **Prueba de la tutela legal** | * **Documentación judicial/Adjudicación** |

Los padres deberán certificar que la información proporcionada en la solicitud y en la documentación de respaldo es cierta y precisa y que se han declarado todos los ingresos de los padres o tutores legales. La distorsión intencional de cualquier información presentada podría resultar en la expulsión del niño del programa. El presentar una solicitud incompleta retardaría el proceso de inscripción.

**MDCLogo_Color_lowresOffice Use Only**

**(Checked upon receipt of Documentation)**

**MIAMI-DADE COUNTY**

**COMMUNITY ACTION AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT**

**HEAD START/EARLY HEAD START DIVISION**

**REGISTRATION REQUIREMENTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Yes** | **No** |
| **Proof of Age :**   * **EHS** - Birth to age 3 years after September 1, 2017. * **HS** - Children **must** be 3 or 4 years of age on or before September 1, 2017, or no more than five (5) years old after September 1, 2017. | * Birth Certificate * Passport * Notarized Affidavit of Age Form * Doctor’s statement (pregnant women) |  |  |
| **Proof of parent’s/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year (2016).** | * Signed Income Tax 1040 with eligible child name listed * 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 (Notarized) |  |  |
| **Proof of Parent’s Identification** | * Driver’s license/Passport/I.D. from Homeless Shelter * State issued picture I.D. * Employer issued I.D. * Military I.D. |  |  |
| **Proof of Dade County Residency** | * 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** | * Individualized Educational Plan (IEP) /IFSP |  |  |
| **Proof of Suspected Disability** | * Doctor’s Statement outlining concerns |  |  |
| **Proof of Homelessness** | * Written Statement from Homeless Facility |  |  |
| **Proof of Substance Abuse** | * Written Statement from Treatment Program |  |  |
| **Proof of Domestic Violence** | * Written Statement from Domestic Violence Agency * Court Documentation (within the last year) |  |  |
| **Proof of Student Status** | * Current transcript |  |  |
| **Proof of Education eight grade and below** | * Written Statement from applicant/School Transcript |  |  |
| **Proof of Parental Disability** | * Written SSI recipient letter/Doctor’s statement |  |  |
| **Proof of Pregnancy** | * Written Medical Documentation (current) |  |  |
| **Proof of Public Housing Residency** | * MDPHA Written Rental/Lease Agreement |  |  |
| **Proof of Foster Caret/Legal Custody** | * Documentation from Foster Care Agency/Court Award |  |  |
| **Proof of Guardianship/Legal Custody** | * Documentation from Court System/Court Award |  |  |

Parents will 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** |  |

****

**CONDADO DE MIAMI-DADE**

**DEPARTAMENTO DE ACCIÓN COMUNITARIA Y SERVICIOS HUMANOS**

**DIVISIÓN PARA PROGRAMAS HEAD START/EARLY HEAD START**

**Información sobre la familia**

**SOLICITUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del adulto principal**: |  | **Fecha de nacimiento**: |  |
| **Nombre del niño solicitante**: |  | **Fecha de nacimiento**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Información general: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio**:  **Ciudad** **Estado Código postal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Condado: MIAMI-DADE** | | | | | |
| **Dirección de correo (si es diferente): Ciudad Estado Código postal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número telefónico** | | | | **Casa, Trabajo, Celular, Correo electrónico** | | | | | | | | | | **Primario** | | | | | | | | | | **Notas** | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| **Cuántos en el núcleo familiar** \_\_\_\_\_\_ **Cuántos en la familia** \_\_\_\_\_\_ **Cuántos niños** \_\_\_\_\_\_ **En edad de 0-3** \_\_\_\_\_\_ **En edad de 4-5** \_\_\_\_\_\_ (Viven con el niño) (Mantenido con el ingreso de los padres o de los tutores) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parentesco de los tutores:**  🞏 Biológico/Adopción/Padrastros 🞏 Padres sustitutos\*  🞏 Tutor legal\* 🞏 Abuelos\*  🞏 Sobrina/sobrino\*  🞏 Otro, especifique\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ **Uno de los padres** □ **Ambos padres**  **\*Para inscribir al niño se necesita documentación del tribunal**  **PARA USO OFICIAL SOLAMENTE** | | | | | | | | **Idioma principal que se habla en el hogar**  🞏 Inglés 🞏 Español 🞏 Creole  🞏 Africano 🞏 Europeo y eslavo 🞏 Islas del Pacífico  🞏 Asia Occidental 🞏 Medio Oriente y Asia Meridional  🞏 Nativo norteamericano / De Alaska  🞏 Norte y centroamericano, sudamericano  🞏 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | **Centro que solicita** | | | | | |
| Ingresos de la familia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TANF:**□No □Sí □Anteriormente **SSI:**□No □Sí **Cupones para alimentos** **/SNAP:** □Sí □No **WIC:** □No □Sí **WIC ID#** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fuente de ingresos** | | | | | | | |  | | | **Frecuencia** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos por trabajo (1040, W-2, comprobantes de pago, carta del empleador) | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asistencia pública, Bienestar Social (TANF, AFDC, etc.) | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensión del Seguro Social / Jubilación | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro de Seguridad Suplementaria (SSI) | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reembolso por adopción temporal legal | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compensación por desempleo | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manutención de los hijos / Pensión conyugal | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro, explique: | | | | | | | |  | | | **□** Semanal **□** Mensual **□** Cada 2 semanas **□** Anualmente **□** 2 veces al mes | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anotaciones acerca del ingreso:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contactos en caso de emergencia (rellene con cuidado)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** |  | | | | | | | | | | | | | | **Parentesco:** | | | | |  | | | | | | |
| Dirección |  | | | | | Ciudadd | | |  | | Código postall: | |  | | | Teléfonoo | |  | | | | | Teléfonoo | |  | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | | | | **Parentesco:** | | | | |  | | | | | | |
| Dirección | |  | | | Ciudad | | | | | | | Código postal: | | | | Teléfono : | |  | | | | | Teléfonoo | |  | |
| **Proveedores de atención médica y dental: (rellene con cuidado)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(Proveedor médico):** El niño tiene acceso continuo a servicios médicos (centro de atención médica) **🞏 Sí 🞏 No** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del médico:** | | |  | | | | | | | Dirección |  | | | | | | | Teléfono: | | | |  | | | | |
| **□ Si no tiene médico\* \*USO DEL PERSONAL SOLAMENTE (personal referido al proveedor médico):** | | | | | | |  | | | | | | Fecha: | | | |  | | Miembro del personal Referido por: | | | | | | |  |
| **(Proveedor de atención dental):** El niño tiene acceso continuo a servicios dentales (centro de atención dental) **🞏 Sí 🞏 No** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del dentista:** | | |  | | | | | | | Dirección |  | | | | | | | Teléfono: | | | |  | | | | |
| **□ Si no tiene dentista\* \* USO DEL PERSONAL SOLAMENTE (personal referido al proveedor médico):** | | | | | | |  | | | | | | Fecha: | | | |  | | Miembro del personal Referido por: | | | | | | |  |

Miami-Dade CAHSD Head Start / EHS – January 2017 Page 1

**CONDADO DE MIAMI-DADE**

**DEPARTAMENTO DE ACCIÓN COMUNITARIA Y SERVICIOS HUMANOS**

**DIVISIÓN PARA PROGRAMAS HEAD START/EARLY HEAD START**

**Información del niño solicitante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Niño solicitante (nueva inscripción): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido** | | | **Nombre** | | | | | | | **Segundo nombre** | | | | **Sobrenombre** | | **Sufijo** | |
| **Fecha de nacimiento:** | | **Género:**  🞏 M 🞏 F | | **Verificación de edad confirmada**:  🞏 Sí 🞏 No | | | | **Tipo de credenciales**:  🞏 Acta de nacimiento 🞏 Pasaporte 🞏 Certificado médico (estado de embarazo)    🞏 Declaración jurada y notarizada de edad 🞏 Otro (especifique): | | | | | | | | | |
| **Raza:**  🞏 Asiático  🞏 Negro o afroamericano  🞏 Indoamericano o nativo de Alaska  🞏 Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico  🞏 Blanco 🞏 Birracial / Multirracial  **Origen étnico:**  🞏 Hispano o de origen latino  🞏 Ni hispano ni de origen latino  **Nacionalidad**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Diominio de inglés:**  🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente | | | | | | | | **Posibilidad de participación en Medicaid:**  🞏 En Medicaid 🞏 Gran posibilidad  🞏 No es elegible  Número del Medicaid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Número del seguro médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞏 Otro/Seguro médico privado (nombre del proveedor):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞏 No tiene seguro médico  **Referido completado** **a:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Solicitud para Florida KidCare presentada el: Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Personal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Otro idioma:**  🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente | | | | | | | |
| **Parentesco del Adulto primario con el niño**  🞏 Biológico 🞏 Nieto\* 🞏 De acogida\* 🞏 Adoptado\*  🞏 Hijastro 🞏 Sobrina/sobrino\* 🞏 Tutor legal\*  🞏 Otro\* (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Parentesco del Adulto secundario con el niño:**  🞏 Biológico 🞏 Nieto\* 🞏 De acogida\* 🞏 Adoptado\*  🞏 Hijastro 🞏 Sobrina/Sobrino\* 🞏 Tutor legal\*  🞏 Otro\*(especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Existe una orden judicial de protección o de no contacto concerniente al niño 🞏 Sí 🞏 No**  **\*Para inscribir al niño se necesita documentación legal de un tribunal** | | | | | | | |
| **Necesidades especiales/Discapacidad:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evaluación de las escuelas públicas del Condado de Miami-Dade de la discapacidad diagnosticada. Plan Educacional Individual (IEP, por sus siglas en inglés):** | | | | | | | | | | | | | 🞏 No 🞏 Sí | | **Fecha:** | | |
| **Programa Individual de Plan de Apoyo Familiar *Early Steps* (IFSP):** | | | | | | 🞏 No 🞏 Sí | | | | | **Fecha:** | | | | | | |
| **Diagnóstico profesional (terapia del habla, ocupacional, etc.):** | | | | | | 🞏 No 🞏 Sí | | | | | **Fecha:** | | | | | | |
| **Dispositivos de ayuda que utiliza**: 🞏 Ninguno 🞏 Gafas 🞏 Lentes de contacto 🞏 Muletas 🞏 Andador 🞏 Bastón 🞏 Silla de rueda 🞏 Aparato ortopédico 🞏 Aparato auditivo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Servicios de salud:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Su hijo recibe tratamiento médico para: 🞏 Anemia 🞏 Asma 🞏 Diabetes 🞏 Alto nivel de plomo 🞏 Otro, especifique  🞏 No está bajo tratamiento médico | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alergias conocidas del niño, necesidades dietéticas o cualquier otra anomalía médica o dental: **Describa:**  🞏 Ninguna conocida | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Circunstancias de la familia: (rellenar cuidadosamente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos demográficos de la familia:** Marque 🗹 en la casilla adecuada | | | | | **Sí** | | **No** | | **Estatus de los padres:** Marque 🗹 en la casilla adecuada | | | | | | | **Sí** | **No** |
| Abuso de sustancias documentado | | | | |  | |  | | Uno de los padres | | | | | | |  |  |
| Violencia doméstica documentada | | | | |  | |  | | Los dos padres | | | | | | |  |  |
| Prueba de la educación de los padres <8º grado | | | | |  | |  | | Padre de acogida temporal | | | | | | |  |  |
| Prueba de ser padre o madre adolescente <17 años | | | | |  | |  | | Tutor legal | | | | | | |  |  |
| Desamparado:  Agencia: | Tiempo que lleva desamparado: | | | |  | |  | | **Servicios de familia:** Marque 🗹 en la casilla adecuada | | | | | | | **Sí** | **No** |
|  | | | |
| Prueba de embarazo | | | | |  | |  | | Medicaid/ KidCare | | | | | | |  |  |
| Prueba de residencia en Vivienda Pública (MPHA) | | | | |  | |  | | Cupones para alimentos / SNAP | | | | | | |  |  |
| Prueba de discapacidad de los padres | | | | |  | |  | | WIC | | | | | | |  |  |
| Transición del programa *Early Head Start* al programa  *Head Start* | | | | |  | |  | | Asistencia pública / Bienestar Social TANF/AFDC | | | | | | |  |  |
| Prueba de empleo del padre / estudiante | | | | |  | |  | | Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI) | | | | | | |  |  |
| Hermanos que regresan al programa *Head Start/Early Head Start* | | | | |  | |  | | Enviado por un programa de hogar de acogida | | | | | | |  |  |
| Prueba de envío para servicios de una agencia para el bienestar de los niños | | | | |  | |  | | Enviado por el Departamento de Niños y Familia de la Florida o por orden judicial | | | | | | |  |  |

Miami-Dade CAHSD Head Start / EHS – January 2017

CONDADO DE MIAMI-DADE 

**DEPARTAMENTO DE ACCIÓN COMUNITARIA Y SERVICIOS HUMANOS**

**DIVISIÓN PARA PROGRAMAS HEAD START/EARLY HEAD START**

**Información de los miembros de la familia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adulto primario (Padres/Tutor legal): | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido** | | **Nombre** | | | | **Segundo nombre** | | | | | **Fecha de nacimiento** | | | **Género**  🞏 M 🞏 F |
| □ **Vive con la familia** □**Tutela** □**Proporciona ayuda económica** □ **Padre/madre adolescente** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dominio del idioma**: | | | **Raza:** | | | | | | **Nivel académico:** | | | | | |
| **Inglés**  🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente  **Otro idioma**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente | | | 🞏 Asiático  🞏 Negro o afroamericano  🞏 Indoamericano o nativo de Alaska  🞏 Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico  🞏 Blanco 🞏 Birracial / Multirracial | | | | | | 🞏 Titulado o Licenciado  🞏 Técnico Superior Universitario, escuela vocacional  o algo de universidad  🞏 Graduado de secundaria o GED  🞏 9 – 11º grado🞏 Menos del 8º grado | | | | | |
| **Escuela técnica:** | | | **Etnicidad:** | | | | | |
| 🞏 **Uno** de los padres/tutores recibe adiestramiento o estudia  🞏 **Uno** de los padres/tutores NO recibe adiestramiento o estudia | | | 🞏 Hispano o de origen latino  🞏 Ni hispano ni de origen latino | | | | | |
| Adulto secundario (Padres/Tutores legales): | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido** | | **Nombre** | | | | **Segundo nombre** | | | | | **Fecha de nacimiento** | | | **Género**  🞏 M 🞏 F |
| □ **Vive con la familia**  **□** **Tutela** □ **Proporciona ayuda económica** **□** **Padre/madre adolescente** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dominio del idioma**: | | | | **Raza:** | | | | | | **Nivel académico:** | | | | |
| **Inglés**  🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente  **Otro idioma**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    🞏 Ninguno 🞏 Poco 🞏 Moderado 🞏 Competente | | | | 🞏 Asiático  🞏 Negro o afroamericano  🞏 Indoamericano o nativo de Alaska  🞏 Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico  🞏 Blanco 🞏 Birracial / multirracial | | | | | | 🞏 Titulado o Licenciado  🞏 Técnico Superior Universitario, escuela vocacional  o algo de universidad  🞏 Graduado de secundaria o GED  🞏 9 – 11º grado🞏 Menos del 8º grado | | | | |
| **Escuela técnica:** | | | | **Etnicidad:** | | | | | |
| 🞏 **Uno** de los padres/tutores recibe adiestramiento o estudia  🞏 **Uno** de los padres/tutores NO recibe adiestramiento o estudia | | | | 🞏 Hispano o de origen latino  🞏 Ni hispano ni de origen latino | | | | | |
| **Empleo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adulto primario**  🞏 Padre o madre/tutor trabaja  🞏 Padre o madre/tutor no trabaja  (desempleado, jubilado o deshabilitado)  🞏 Padre o madre/tutor pertenece a las fuerzas armadas de EE.UU. | | | | | | | **Adulto secundario:**  🞏 Padre o madre/tutor trabaja  🞏 Padre o madre/tutor no trabaja  (desempleado, jubilado o deshabilitado)  🞏 Padre o madre/tutor pertenece a las fuerzas armadas de EE.UU. | | | | | | | |
| Otros familiares (Respaldado con el ingreso de los padres o tutores): | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adulto/Niño** | **Apellido** | | | | **Nombre** | | | **Fecha de nacimiento** | | | | **Género** | **Parentesco con el niño** | |
| 🞏Adulto 🞏Niño |  | | | |  | | |  | | | | 🞏 M 🞏 F |  | |
| 🞏Adulto 🞏Niño |  | | | |  | | |  | | | | 🞏 M 🞏 F |  | |
| 🞏Adulto 🞏Niño |  | | | |  | | |  | | | | 🞏 M 🞏 F |  | |
| 🞏Adulto 🞏Niño |  | | | |  | | |  | | | | 🞏 M 🞏 F |  | |

**Origen de la solicitud / quien lo envió (obligatorio):**

🞏Servicios de desarrollo de niños 🞏Agencia de Bienestar de Niños 🞏Alcance Comunitario 🞏Referido por orden del Tribunal 🞏 Departamento de niños y familias 🞏 Programa de discapacidad 🞏 Early Head Start 🞏Familia/amistad 🞏Mercado persa 🞏 Ex padre 🞏 Hospital/Clínica de salud

🞏 Healthy Start 🞏 Hotline 🞏 Vivienda Pública 🞏 Organización pública o privada sin fines de lucro 🞏Escuelas públicas 🞏 Agencia de recursos y que refiere 🞏 Auto referido 🞏South Florida Workforce 🞏 Desempleo 🞏 WIC 🞏 Feria para la juventud 🞏 Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Verificación (se requiere la firma): Lea antes de firmar** |
| **Certifico que la información brindada en este paquete de solicitud y la verificación de edad e ingresos proporcionada para la participación en la inscripción, son precisas y veraces a mi leal saber y entender. El proporcionar información falsa acerca de ingresos podría resultar en la expulsión del niño del programa.**  **Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Padre o tutor: escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Miami-Dade CAHSD Head Start / EHS – January 2017 Page 3

Miami-Dade County

Community Action and Human Services Department

Head Start / Early Head Start

FAMILY DEMOGRAPHIC/INCOME ELIGIBILITY VERIFICATION

(*Office Use 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 Annual Amount: | | |  | | | Unearned Income Annual Amount: | | | | | |  | | | | Total: | | |  |
| 5. | Verify Eligibility – Enrollment by Type of Eligibility: | | | | | | | |  | | CALCULATION AREA FOR INCOME  (IF NEEDED) | | | | | | | | | |
|  | * Income below 100% of federal poverty guidelines * *Over-Income* between 101-130% of federal poverty guidelines * *Over-Income* above 130% of federal poverty guidelines   **Relevant Time Period used for calculation of income:**  **🞏** Last Calendar Year \_\_\_\_\_\_\_\_ ***or***  **🞏** Previous 12 months \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * \*Homeless * \*Foster Care * \*Temporary Assistance to Needy Families (TANF)(Public Assistance) * \*Supplemental Security Income (SSI)(Public Assistance) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Family Size: (Supported by the income of the parent(s) or legal guardian-see page 1 of application): | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 7. | What documentation was used to determine eligibility for the last twelve months or calendar year: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | * Income Tax Form(s) 1040/1099 | | | | | | |  | * \*TANF documentation/Public Assistance | | | | | | | | | | | |
|  | * W-2 | | | | | | |  | * \*SSI documentation/Public Assistance | | | | | | | | | | | |
|  | * Written statements from employer(s) | | | | | | |  | * \*Homeless Shelter documentation | | | | | | | | | | | |
|  | * Pay Stub(s) | | | | | | |  | * \*Foster Care documentation | | | | | | | | | | | |
|  | * Grants/Scholarships | | | | | | |  | * Child Support | | | | | | | | | | | |
|  | * Unemployment documentation | | | | | | |  | * Other, specify: | |  | | | | | | | | | |
|  | Documentation of no income: | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

**Staff Income Verification signature (required):**

**I have examined the income documents checked above and verify that the child is income and age eligible to participate in the program.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Staff Signature: |  | | | Date of Eligibility Verification: | | |  |
| Staff name printed: | |  | | | Title: |  | |
| Administrative Signature: | | |  | | Date: |  | |

I have examined the income documents checked above and certify that the child is eligible to participate in the Head Start/Early Head Start Program.

Staff Signature/Title: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Center Director Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miami-Dade CAHSD Head Start/EHS – January 2017 Page 4