



INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES

INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES				
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 solicita:
Adulto principal (padre/madre o tutor legal)				
Nombre	2º nombre	Apellido	Fecha de nac.	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza	Procedencia étnica	Conocimientos lingüísticos		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/multirracial	<input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____	Inglés <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro idioma: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		
Educación	Empleo	Capacitación laboral/escuela		
<input type="checkbox"/> Título universitario avanzado o licenciatura <input type="checkbox"/> Título asociado, escuela profesional o estudios universitarios <input type="checkbox"/> Bachillerato o GED <input type="checkbox"/> 9º a 12º grado <input type="checkbox"/> Menos de 8º grado	<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ <input type="checkbox"/> A tiempo completo (35 horas o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (35 horas o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/no trabaja desde: _____ Usted está: <input type="checkbox"/> Jubilado o <input type="checkbox"/> Discapacitado ¿Recibe SSA o SSI? _____	<input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral ni va a la escuela		
Parentesco del menor: <input type="checkbox"/> Biológico/adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Padre o madre de adopción temporal <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre o madre adolescente <input type="checkbox"/> Subsidiado ¿Está en vigor alguna orden de protección o de alejamiento en relación con este menor? Sí <input type="checkbox"/> No Correo electrónico: _____ @ _____				
Adulto secundario (padre/madre o tutor legal)				
Nombre	2º nombre	Apellido	Fecha de nac.	Género <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Raza	Procedencia étnica	Conocimientos lingüísticos		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/multirracial	<input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____	Inglés <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro idioma: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		
Educación	Empleo	Capacitación laboral/escuela		
<input type="checkbox"/> Título universitario avanzado o licenciatura <input type="checkbox"/> Título asociado, escuela profesional o estudios universitarios <input type="checkbox"/> Bachillerato o GED <input type="checkbox"/> 9º a 12º grado <input type="checkbox"/> Menos de 8º grado	<input type="checkbox"/> EMPLEADO ¿Dónde? _____ <input type="checkbox"/> A tiempo completo (35 horas o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (35 horas o menos) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/no trabaja desde: _____ Usted está: <input type="checkbox"/> Jubilado o <input type="checkbox"/> Discapacitado ¿Recibe SSA o SSI? _____	<input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral ni va a la escuela		
Parentesco del menor: <input type="checkbox"/> Biológico/adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Padre o madre de adopción temporal <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre o madre adolescente <input type="checkbox"/> Subsidiado ¿Está en vigor alguna orden de protección o de alejamiento en relación con este menor? Sí <input type="checkbox"/> No Correo electrónico: _____ @ _____				
Dirección y teléfono actuales del padre/madre/tutor				
Dirección de residencia:	Ciudad:	Estado: FL	Código postal:	Condado: Miami-Dade
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Número(s) de teléfono	Casa/trabajo/celular	Parentesco o relación con el menor	¿Desea recibir mensajes de texto o e-mail?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Condado de Miami-Dade
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD



INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES						
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 que solicita:		
Número de familiares que se mantienen con los ingresos del padre/madre o tutor		Número total de menores	Edad(es) 0-3	Edad(es) 4-5	Edad(es) 5 años o más	
Situación con los padres: <input type="checkbox"/> Un progenitor <input type="checkbox"/> Dos progenitores <i>*Se requiere documentación legal para inscribir al menor.</i>		Idioma principal que usa la familia en casa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Idioma eslavo <input type="checkbox"/> Creol haitiano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asia Oriental <input type="checkbox"/> Medio Oriente y sur de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Alaska <input type="checkbox"/> América del Norte/Central, América del Sur <input type="checkbox"/> Otro, debe especificar: _____				
Verificación de la elegibilidad						
Desamparado/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Militar en activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veteranos militares: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Remitido por agencia de bienestar infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibía SNAP/cupones de alimentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ident. de WIC: _____						
Programas Head Start/Early Head Start SOLO PARA USO DEL PERSONAL						
Nombre del padre/madre o tutor legal	Importe	Frecuencia		Descripción	Verificación de la fuente de ingresos	
		<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				
Especifique lo siguiente en la columna de verificación a la izquierda. Ingresos percibidos: 1040, W2, comprobantes de pago, carta del empleador, jubilación de la Seguridad Social, pensión por incapacidad, compensación por desempleo, etc. Ingresos que no son del trabajo: Asistencia pública (ej.: TANF, SNAP o SSI), orden judicial de adopción temporal, certificación de que no recibe ingresos, pensión alimenticia o manutención de menores ordenada por un tribunal, etc.		Ingresos totales:		Notas sobre la elegibilidad:		
CONTACTOS DE EMERGENCIA:						
Nombre	Relación	Puede recoger al menor		Dirección	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"/> en la casilla que corresponda		Sí	No	Marque <input checked="" type="checkbox"/> en la casilla que corresponda		Sí No
Mujer embarazada (verificada)				Remitido para servicios por agencia de bienestar infantil		
Residente en vivienda pública (MPHA) (verificado)				Abuso de sustancias (verificado)		
Situación de desamparo	Tiempo que lleva desamparado/a:			Familias desplazadas por situaciones de desastre		
	Nombre de la agencia:					
Violencia doméstica (verificada)				Discapacidad del padre o la madre (verificada)		
Hermano(s) que vuelven a Head Start/Early Head Start				Subvención para guardería infantil ELC (<i>solo EHS-CCP</i>)		
Remitido para presentar la solicitud por:	<input type="checkbox"/> Early Learning Coalition <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Community Outreach <input type="checkbox"/> Early Steps/FDLRS <input type="checkbox"/> Remisión por tribunal <input type="checkbox"/> Autorremisión <input type="checkbox"/> Dpto. de Niños y Familias <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Otro padre/madre <input type="checkbox"/> Hospital/clínica <input type="checkbox"/> Línea de ayuda <input type="checkbox"/> Healthy Start <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Organización pública o privada sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Escuelas públicas <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Agencia de recursos y remisiones <input type="checkbox"/> CareerSource <input type="checkbox"/> Agencia de desempleo <input type="checkbox"/> Volante de HS/EHS <input type="checkbox"/> Volante en autobús, tren o cartel publicitario <input type="checkbox"/> Redes sociales (FB, Twitter, Instagram, TikTok, etc...) <input type="checkbox"/> Programa CVAC <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique): _____					



INFORMACIÓN DEL MENOR

Nombre	2º nombre	Apellido	Apodo	Sufijo	Head Start Early Head Start EHS-CCP Centro que solicita:
Fecha de nacimiento:	Género: M F	¿El niño nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Núm. de semanas prematuro _____	Forma en que se verificó la edad: Cert. de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Decl. del médico (embarazada) Declaración jurada notariada de edad <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/multirracial	Cobertura primaria de salud: <input type="checkbox"/> Programa de seguro médico infantil (CHIP) <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP combinados <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Seguro financiado solamente por el estado		Elegibilidad para Medicaid: <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Ya tiene Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente elegible Número de Medicaid: _____		
Procedencia étnica: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____	Otra cobertura de salud: <input type="checkbox"/> Programa de seguro médico infantil (CHIP) <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP combinados <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Seguro financiado solamente por el estado		Cobertura de salud: Seguro de salud #: _____ Médico/clínica médica (Nombre del pediatra): _____		
Dominio del inglés: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Nombre del seguro médico: _____		Cobertura dental: Nombre del seguro dental: _____ Núm. del seguro dental: _____ Dentista/clínica dental (Nombre del dentista): _____		
Otro idioma: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente					
Servicios de salud					
Dispositivos de ayuda utilizados: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tubos PE <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"/> Aparatos ortopédicos <input type="checkbox"/> Audífonos Tiene seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene seguro dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Su hijo recibe tratamiento médico para: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alto nivel de plomo <input type="checkbox"/> Otro, describalo: _____					
Enumere todas las alergias conocidas, necesidades dietéticas u otras cuestiones médicas/dentales de interés: <input type="checkbox"/> Ninguna que se sepa Describe las preocupaciones: _____					
Necesidades especiales/discapacidades					
Evaluación de la discapacidad diagnosticada en las escuelas públicas del Condado de Miami-Dade-Plan de Educación Individualizada (IEP):				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Sí?, Fecha: / /
Programa Early Steps-Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, fecha: _____	
Diagnóstico profesional (logopedia, ocupacional, etc.)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, fecha: _____	
¿Le preocupa el comportamiento o el desarrollo de su hijo?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, explíquelo: _____	
Otros miembros de la familia (mantenidos con los ingresos del progenitor o tutor legal)					
Adulto / menor	Apellido	Nombre	Fecha de nac.	Género	Relación con el menor
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menor				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menor				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menor				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menor				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menor				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Verificación (se requiere firma) LEA ANTES DE FIRMAR					
Confirmando que la información proporcionada en este paquete de solicitud (incluida la prueba de la edad y los ingresos para la determinación de elegibilidad) es verídica y correcta a mi saber y entender, y que se indican todos los ingresos del padre/madre o tutor legal.					
Nombre del padre/madre o tutor legal en letra de molde:		Firma del padre/madre o tutor legal:			Fecha



Condado de Miami-Dade
 Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD



FORMULARIO DE DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

- Nombre del adulto principal: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre del menor elegible: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Ingresos percibidos: _____ Ingresos que no son del trabajo: _____ Total: _____

ÁREA PARA CALCULAR LOS INGRESOS (SI ES NECESARIO)

- Verificación de la elegibilidad (inscripción por tipo de elegibilidad):**
 - Ingresos por debajo del 100% del umbral federal de pobreza _____ %
 - Ingresos por encima** del 100% del umbral federal de pobreza _____ %
 - Desamparado
 - Adopción temporal
 - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (Asistencia pública)
 - Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF) (asistencia pública)
 - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (asistencia pública)

Período de tiempo pertinente utilizado para el cálculo de los ingresos:

Último año calendario _____ o

12 meses anteriores _____

- Tamaño de la familia:** (mantenida con los ingresos del padre/madre o tutor legal; ver la página 1 de la solicitud): _____

- Documentos** utilizados para determinar la elegibilidad durante el período de tiempo relevante:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario(s) de impuestos 1040, 1099 | <input type="checkbox"/> Documentación de TANF/ayuda pública |
| <input type="checkbox"/> W-2 | <input type="checkbox"/> Documentación de SSI/ayuda pública |
| <input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social (SSA) | <input type="checkbox"/> Documentación de SSA/ayuda pública |
| <input type="checkbox"/> Declaraciones escritas de los empleadores | <input type="checkbox"/> Documentación sobre el desamparo |
| <input type="checkbox"/> Comprobante(s) de pago | <input type="checkbox"/> Documentación de adopción temporal |
| <input type="checkbox"/> Documentación de desempleo | <input type="checkbox"/> Formulario de declaración de ingresos |
| <input type="checkbox"/> Documentos de manutención infantil ordenada por un tribunal | <input type="checkbox"/> Certificación de que no recibe ingresos |
| <input type="checkbox"/> Otros documentos relativos a la elegibilidad: _____ | |

Determinación de la elegibilidad - Firma del funcionario de HS/EHS (obligatoria):

Fecha de entrevista en persona/telefónica/virtual: _____ Realizada por (nombre del funcionario): _____
(En letra de molde)

Sobre la base de mi examen y verificación de los documentos de elegibilidad de edad e ingresos proporcionados por el padre/madre o tutor, he determinado que el menor es elegible para participar en el programa HS/EHS.

Nombre del funcionario (en letra de molde): _____ Cargo: _____

Firma del funcionario: _____ Fecha: _____

Firma administrativa: _____ Título: _____ Fecha: _____