Head Start/ Head Start Para Infantes

APLICACIÓN

☐ Hillsborough County BOCC (Head Start /Early Head Start)
3402 North 22nd Street - Tampa, FL. 33605 (813)272-5140
☐ Hillsborough County Public Schools (Head Start)
4350 E. Ellicott Street - Tampa, FL. 33610 (813)740-7870

☐ YMCA (Early Head Start) /FCCH
110 E. Oak Ave.– Tampa, FL. 33602 (813)224-9622
☐ Lutheran Services Florida (Early Head Start)
3615 W. Waters Ave. - Tampa, FL 33614 (813)877-9303

Me gustaria aplicar para: **Head Start** **Head Start Para Infantes**

Application Date: Enroll Date:

INFORMACIÓN SOBRE EL NINO/A

Escuela/Centro	FCCH Site#/ Class #

Apellido Legal Del Niño/a (ultimo)	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo Hembra Varón

Correo Electronico	**Idioma que se habla en la casa:** Ingles Espanol Otro _____ **Raza:** Blanco Negro **Grupo Etnico:** Hispano Otro

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre y Apellido:	**Fecha de Nacimiento**	**Raza/ Etnico**	**Sexo**	**Nivel Educativo Completado**	EDUCACION (marca todos los que aplican) GED	DIPLOMA	AA	BA	MS	MA	Educación Superior
Madre			**M F**								
Padre			**M F**								
Encargado Legal **Relación con el nino(a) (marka uno)** ____ Adoptivo ____ Tia ____ Abuela ____Abuelo ____Otro _____			**M F**								

Dirección Residencial : Cuidad: Zona Postal: Unidad# Apt# Lot#

Dirección Postal : Cuidad: Zona Postal: Unidad# Apt# Lot#

Mi dirección es: [ ] Mi Residencia Propia/Renta [ ] Vive con Familiar/Amigo [ ] Otro _____ **Despliegue Militar de los Padres** Si No

Telefono de Madre: _____ Casa Celular Otro **Telefono de Padre:** _____ Casa Celular Otro

Nombre del Empleo del Madre:_____**Telefono del Trabajo:** _____**Cuidad:** _____ **Zona Postal:** _____

Nombre del Empleo del Padre: _____**Telefono del Trabajo:** _____**Cuidad:** _____ **Zona Postal:** _____

Padres en la casa: Uno Dos Encargado Adoptivo **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado Viudo(a)

El numero de personas que mantiene incluido tú misma : _____ **¿Tiene usted ó tenido un niño/a en Head Start/EHS? Si No**

OTROS MIEMBROS QUE VIVEN EN LA CASA QUE MANTIENE

Nombre y Apellido	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo**	**Relación con el Nino(a)**	**Escuela/Centro/FCCH**
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN (ADEMAS DE LOS PADRES)

Nombre de Adulto	**Dirección**	**Teléfono**	**Parentesco**

Persona(s) Autorizadas a Recoger al Niño/a de la Escuela/Centro/Proveedor

Nombre de Adulto	**Dirección**	**Teléfono**	**Parentesco**

INFORMACION DE DISABILIDAD DEL NIÑO/A

Disabilidad: Diagnosticado Sospecha/Preocupado Ninguno Por favor provea documentación: IEP IFSP Evaluación/Nota de Doctor

¿Tiene alguna preocupación respecto a su hijo? Auditivo Visual Desarrollo Hable Otro _____

INFORMACION MÉDICA DEL NIÑO/A

Diagnóstico Médico: _____ Alguna medicina recetada? Si No

Diagnosticado con Asma Diagnosticado con Alergias (comida, insecto, medico ambiente) Otro _____

Preocupacion Médica: _____

Preocupaciones Nutritivas: Si No Dieta Especial: _____

Estado de Medicaid: Elegible Inelegible Aplicaste **Numero de Medicaid** _____ HMO Si No

Seguro Medico: Privado KidCare Seguro Dental: Si No Nombre:

¿Fue el nino/a referido al programa por otra agencia? No Si (en caso que si, describa)

¿Hay alguna necesidad especifica o crisis en la familia? No Si (en caso que si, describa)

ASISTENCIA PUBLICA

NO-EFECTIVO **ESTAMPILLAS** Si No **Recibe WIC** Si No | **EFECTIVO** **SSI** Si No **TANF/WAGES** Si No

INGRESO y/o ESCUELA

MADRE/ENCARGADO LEGAL/FAMILIAR RELATIVO

Empleado Si No Empleado Tiempo Completo Medio Tiempo Pago: ____Semanal ____Bisemanal ____Mensual

Asiste al la Escuela(nombre) : _____ Estado Estudiantil: Tiempo Completo Medio Tiempo

PADRE/ENCARGADO LEGAL/FAMILIAR RELATIVO

Empleado Si No Empleado Tiempo Completo Medio Tiempo Pago: ____Semanal ____Bisemanal ____Mensual

Asiste al la Escuela(nombre) : _____ Estado Estudiantil: Tiempo Completo Medio Tiempo

INGRESOS (DOCUMENTOS REQUERIDO)

Beneficios de Seguro Social $_____ SSI $ _____ SSD $_____ Beca Del Govierno $ _____

Desempleo $_____ ____Semanal ____Bisemanal ____Mensual Cuido de Crianza $ _____

Sustento de Niño $_____ ____Semanal ____Bisemanal ____Mensual Otro Ingresos _____

FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION EN ESTE DOCUMENTO ES VERIDICO Y CORRECTO QUE TODOS LOS INGRESOS HAN SIDO REPORTADOS. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACION FUE DADA CON EL OBJETIVO DE ESTABLECER ELEGIBILIDAD PARA UN PROGRAMA FEDERAL Y QUE LOS OFICIALES DEL CONDADO PUEDEN VERIFICAR DICHA INFORMACION. ENTIENDO QUE SI A PROPOSITO MAL PRESENTO ESTA INFORMACION PUEDO SER SOMETIDA A JUICIO POR LEYES APLICABLES ESTATALES Y FEDERALES Y RETIRADO DEL PROGRAMA.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO: _____ **FECHA:**_____

DE ACUERDO AL DECRETO DEL GOBIERNO PARA LOS AMERICANOS CON DESHABILIDADES, ESTA AGENCIA NO DISCRIMINA A LOS NINOS CON NECESIDADES ESPECIALES

!!!PARE!!!

Family Service Worker: Date Assigned: Date Received by office: Child Plus Data Entry: Clerical:

Do not write in this area -- FOR OFFICE USE ONLY

Sibling Age Eligible Next Year: Yes No Child Age Eligible Next Year: Yes No

	(PTS)	ELIGIBILITY STATUS	(PTS)	
Parental Status:		**Other # 1:**		**Face to Face:** Yes No
Disability Status:		**Other # 2:**		**Telephone:** Yes No
Income:		**Other # 3:**		***Document reason for phone***
Age:		**Other # 4:**		**Total Points:**

Eligibility Comments:

TOTAL EARNED INCOME (Documented)	TOTAL OTHER INCOME	CRITERIA ENROLLED UNDER
PREVIOUS 12 MONTHS INCOME *(COMPUTED IN ONE OF THE FOLLOWING WAYS):* 1. Mother's Earned Inc. $_____Doc._____ 2. Father's Earned Inc. $ _____Doc._____ 3. Guardian's Earned Inc. $_____Doc._____ 2.3 Total Earned Income: $_____	TANF $ _____SSI $ _____ SSD $_____ Social Security Benefits $ _____ Veteran's Benefits $ _____ Child Support $ _____ Unemployment Compensation $ _____ Other $ _____ Source _____ Total Other Income $_____	____ A. Age/Income Eligible ____ B. Parent Employed, Attending School or Job Training Program ____ C. Public Assistance Cash Benefits (TANF & SSI) ____ D. Documented Stress in the Home: (Identify)_____ ____ E. Over Income ____ F. Foster ____ G. McKinney-Vento ____ H. 101%-130% 101-130% Verification _____
Gross Income $_____	**# in Family** _____	

Documents Reviewed and Verified by:_____ **Date:** _____

(Family Service Worker Signature)

Team Leader/Supervisor Signature: _____ **Date:** _____