



HOJA DE REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

Favor de devolver esta página con su solicitud y demás documentos

Gracias por solicitar admisión al Programa Head Start/Early Head Start del Condado de Hillsborough. Para poder determinar la elegibilidad de su hijo(s) debe proveernos, junto con su solicitud los documentos que a continuación le solicitamos. El completar esta solicitud no debe considerarse como que será aceptado en el Programa, pero uno de los pasos es completar el proceso de elegibilidad.

Aceptamos solicitudes durante todo el año escolar para cualquiera que este interesado en inscribirse en el Programa Head Start/Early Head Start del Condado de Hillsborough.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD – Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al número de teléfono indicado en la parte superior.

Favor de llenar la solicitud que sigue a continuación

✓ **Incluya pruebas de todas los ingresos del hogar junto con la solicitud.** También debe enviar o traer COPIAS de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento
- W-2 o copia de su planilla de impuestos del año anterior
- Copias de los últimos cheques de salarios recibidos o
- Carta de su empleador con información de sus ingresos
- Verificación de escuela en carta oficial de la escuela

Si usted participa de los siguientes programas, también necesitamos prueba escrita de los mismos:

- SSI (carta de adjudicación)
- Asistencia económica de (TANF) (AFDC carta de adjudicación)
- Pensión para niños (carta de adjudicación o copias de cheques)
- Beneficios de la Administración de Veteranos
- Seguro social
- Beneficios de desempleo

Si usted cambia de dirección o número de teléfono mientras su solicitud es procesada, llámenos para informar los cambios.

Programa Head Start/ Early Head Start

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Hillsborough County BOCC (Head Start /Early Head Start)
3639 W. Waters Ave., Suite 500 Tampa, FL. 33614 (813)272-5140

Hillsborough County Public Schools (Head Start)
4350 E. Ellicott Street - Tampa, FL. 33610 (813)740-7870



YMCA (Early Head Start)
110 E. Oak Ave.- Tampa, FL. 33602 (813)224-9622

Lutheran Services Florida (Early Head Start)
3627 W. Waters Ave. #A-Tampa, FL 33614 (813)877-9303

Quisiera solicitar admisión al Programa: Head Start Early Head Start

Fecha de solicitud:

Fecha de admisión:

INFORMACIÓN DEL NIÑO (A)

Shaded Areas to be completed by Agency Staff

Escuela/Centro		Maestro/Instructor		3 <u> </u> 4 <u> </u> W <u> </u> R <u> </u> EHS <u> </u> VPK <u> </u> TRANSFER <u> </u>	
Nombre legal del alumno (Apellido)			(Nombre)		Fecha de Nac.
					Sexo <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem
# seguro social del alumno (Opcional)	Idioma que se habla en la casa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Créole <input type="checkbox"/> Otro _____			Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Raza: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/ del Pacífico <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico				
	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____				

FAMILY INFORMATION

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	# Seguro social (opcional)	Sexo	Ultimo grado escolar completado	Horas trabajo	Ocupación
Madre			M F			
Padre			M F			
Guardián o encargado			M F			
Relación con el alumno: (Marque uno) _____ Padre adoptivo o temporal Foster _____ Tía o Tío _____ Abuelo _____ Abuela Otro _____						

Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ # Apt _____ # Lot _____ # Unidad _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ # Apt _____ # Lot _____ # Unidad _____

La dirección residencial es: Mi casa Vive con familiares o amigos Otra _____ Padre de un militar en combate Sí No

Teléfono madre: _____ / _____ / _____ # Teléfono padre: _____ / _____ / _____
 Casa Celular Otro Casa Celular Otro

Lugar de empleo de la madre: _____ # Tel. trabajo _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Lugar de empleo del padre: _____ # Tel. trabajo _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Estatus familiar de los padres (en hogar): Uno Dos Guardián o encargado Padre adoptivo o temporero Estado civil: Soltero (a) Casado (a)
 Divorciado (a) Separado (a) Viudo (a)

Número de miembros en al familia: _____ Número de miembros de la familia que usted mantiene: _____ ¿Ha tenido un niño(a) en el programa anteriormente?
 Sí No

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE USTED MANTIENE

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el niño (a)	Escuela/Centro
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA (Que no sean los padres)

Nombre de adulto	Dirección	Teléfono	Relación con el niño (a)

Persona (s) Autorizada (s) a recoger el niño (a) en la Escuela/Centro

Nombre de adulto	Dirección	Teléfono	Relación con el niño (a)

INFORMACIÓN SOBRE PROBLEMAS DE INCAPACIDAD DEL NIÑO(A)

Estado de incapacidad: Diagnosticado Sospechoso Ninguno Favor de proveer documentación: IEP IFSP carta de evaluación médica

¿Tiene su niño(a) dificultades en las siguientes áreas?: Visión Desarrollo Audición Habla Otro _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO(A)

Diagnóstico clínico: _____ ¿Toma medicamentos recetados? _____

Asma diagnosticada Alergias diagnosticadas (Comida, insectos, ambientales, etc.) Otras _____

Preocupaciones médicas _____ Preocupaciones nutricionales: Sí No ¿Dieta especial?: _____

ESTATUS DE MEDICAID: Elegible Inelegible Solicitó Fue paciente # Medicaid _____ HMO Sí No

Seguro médico: Privado S-Chip Seguro dental: Sí No Nombre: _____

¿El alumno fue referido por otra agencia? No Sí (Si contestó SI, diga de cual agencia)

¿Any specific family need or crisis? No Yes (If yes, describe) _____

ASISTENCIA PÚBLICA

BENEFICIOS Cupones de alimentos Sí No **BENEFICIOS EN EFECTIVO** ¿Recibe ayuda para el cuidado de niños? Sí No

Programa WIC Sí No **INGRESOS DE AFDC** Yes No **SSI /SSD** Sí No

INGRESOS (ANTES DE IMPUESTOS Y DE TODOS LOS QUE VIVEN EN LA CASA):

MADRE/ENCARGADO LEGAL/FAMILIAR ENCARGADO

Empleado Sí No Empleado Tiempo completo Tiempo parcial **Ingreso bruto:** \$ _____ **Pagado:** _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Mensual

¿Está estudiando? (Nombre de la escuela): _____ Estudiante a: Tiempo Completo Tiempo parcial

PADRE/ENCARGADO LEGAL/FAMILIAR ENCARGADO

Empleado Sí No Empleado Tiempo completo Tiempo parcial **Ingreso bruto:** \$ _____ **Pagado:** _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Mensual

¿Está estudiando? (Nombre de la escuela): _____ Estudiante a: Tiempo Completo Tiempo parcial

OTROS INGRESOS (SE REQUIEREN DOCUMENTOS QUE VERIFIQUEN LOS MISMOS)

Beneficios del Seguro Social \$ _____ SSI/SSD \$ _____ AFDC/WAGES \$ _____

Desempleo \$ _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Mensual Padres suplentes \$ _____

Pensión para niños \$ _____ Semanal _____ Bisemanal _____ Mensual Otros ingresos _____

FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA ES CORRECTA Y VERDADERA Y QUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS HAN SIDO REPORTADAS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA PARA DETERMINAR ELIGIBILIDAD EN UN PROGRAMA FEDERAL Y QUE LA MISMA SERÁ VERIFICADA PARA ASEGURAR SU VERACIDAD. ENTIENDO TAMBIÉN CUALQUIER REPRESENTACIÓN FALSA DE ESTA INFORMACIÓN ESTARÁ SUJETA A SANCIONES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

FIRMA DE PADRE O ENCARGADO: _____ **FECHA:** _____

Correo electrónico: _____

DE ACUERDO CON LA LEY AMERICANS WITH DISABILITIES ACT, ESTE PROGRAMA NO DISCRIMINA CONTRA UNA PERSONA, BASADO EN INCAPACIDAD.

!!! DETENGASE !!!

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

No escriba en esta parte – PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

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

(PTS) ELIGIBILITY STATUS (PTS)

Parental Status:		Other # 1:		
Disability Status:		Other # 2:		Acceptance Status:
Income:		Other # 3:		Application Status:
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. _____ 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 (AFDC & SSI) ___ D. Documented Stress in the Home: (Identify) _____ ___ E. Over Income ___ G. Foster ___ F. McKinney-Vento ___ H. 101%-130%
Gross Income \$ _____	# in Family _____	

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

(Family Service Worker Signature)

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