

2016-2017 School Year Spanish Application

0 – 5 AÑOS DE EDAD



CONDADO 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 llenar el formulario. Verifique toda la documentación que entregue al personal.

Verificación de edad: <ul style="list-style-type: none"> • EHS – Las mujeres embarazadas. Los niños recién nacidos hasta los 3 años cumplidos después del 1ro. de septiembre de 2016. • HS – Es necesario que los niños hayan cumplido 3 ó 4 años de edad el 1ro. de septiembre de 2016 o antes, pero no más de cinco (5) años 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <u>los últimos 12 meses o al último año fiscal (2015)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Beneficios 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 notariado de ingresos
Prueba de identidad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés) • Plan de Apoyo Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés)
Prueba de posible incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones médicas y terapéuticas por escrito que describan el padecimiento
Prueba de desamparo	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del hogar para desamparados o del trabajador social • Declaración del solicitante
Prueba de abuso de sustancias controladas	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del personal del programa de tratamiento
Prueba de violencia doméstica	<ul style="list-style-type: none"> • Informe del personal de la Oficina de Atención a Víctimas de Violencia Doméstica • Expediente del tribunal (en el último año)
Prueba del estado como estudiante	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente académico actual
Prueba de estudios escolares hasta el octavo grado o menos	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del solicitante / Expediente oficial de la escuela
Prueba de incapacidad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del beneficiario de SSI / Certificado médico
Prueba de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación médica (vigente)
Prueba de residencia en Vivienda Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler con Vivienda Pública (MDPHA, en inglés)
Prueba de crianza temporal /custodia legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación de la agencia de acogida/adjudicación judicial
Prueba de la tutela legal/custodia legal	<ul style="list-style-type: none"> • 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.



Office 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, 2015. • HS - Children must be 3 or 4 years of age on or before September 1, 2015, or no more than five (5) years old after September 1, 2015.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth Certificate • Passport • Notarized Affidavit of Age Form • Doctor's statement (pregnant women) 		
Proof of parent's/legal guardian gross income for the <u>past 12 months or the last calendar year (2014)</u>.	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Individualized Educational Plan (IEP) /IFSP 		
Proof of Suspected Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Doctor's Statement outlining concerns 		
Proof of Homelessness	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Homeless Facility 		
Proof of Substance Abuse	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Treatment Program 		
Proof of Domestic Violence	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from Domestic Violence Agency • Court Documentation (within the last year) 		
Proof of Student Status	<ul style="list-style-type: none"> • Current transcript 		
Proof of Education eight grade and below	<ul style="list-style-type: none"> • Written Statement from applicant/School Transcript 		
Proof of Parental Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Written SSI recipient letter/Doctor's statement 		
Proof of Pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> • Written Medical Documentation (current) 		
Proof of Public Housing Residency	<ul style="list-style-type: none"> • MDPHA Written Rental/Lease Agreement 		
Proof of Foster Caret/Legal Custody	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation from Foster Care Agency/ Court Award 		
Proof of Guardianship/Legal Custody	<ul style="list-style-type: none"> • 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 viven en la casa _____ Cuántos en el núcleo familiar _____ Cuántos son niños _____ Edades de 0-3 _____ Edades de 4-5 _____
(Viven con el niño) (Mantenido con el ingreso de los padres o de los tutores)

Parentesco: <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastra <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal * <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Abuelos* <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino* <input type="checkbox"/> Otro, especifique* _____ <input type="checkbox"/> Uno de los padres <input type="checkbox"/> Ambos padres *Para inscribir al niño se necesita documentación legal de la corte	Idioma principal que se habla en el hogar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Europeo y eslavo <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asia Occidental <input type="checkbox"/> Medio Oriente y Asia Meridional <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano / De Alaska <input type="checkbox"/> Norte y centroamericano, sudamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Centro que solicita
--	--	--

Ingresos de la familia:

TANF: No Sí Anteriormente SSI: No Sí Programa de Asistencia Alimentaria /SNAP: Sí No WIC: No Sí WIC ID# _____

Fuente de ingresos	Frecuencia
Ingresos por trabajo (1040, W-2, comprobantes de pago, carta del empleador)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Asistencia pública, Bienestar Social (TANF, AFDC, etc.)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Pensión del Seguro Social / Jubilación	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Reembolso por crianza temporal	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Manutención de los hijos / Pensión conyugal	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Otro, explique:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes

Anotaciones acerca del ingreso:

Contactos en caso de emergencia (por favor de llenar con cuidado)

Nombre _____	Parentesco: _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal: _____	Teléfono: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal: _____	Teléfono _____ Teléfono: _____

Proveedores de atención médica y dental: (por favor de llenar con cuidado)

(Proveedor médico): El niño tiene acceso continuo a servicios médicos (centro de atención médica) Sí No

Nombre del médico: _____	Dirección _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> 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: _____
<input type="checkbox"/> Si no tiene dentista* *USO DEL PERSONAL SOLAMENTE (personal referido al proveedor médico):	Fecha: _____	Miembro del personal Referido por: _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE



**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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Verificación de edad confirmada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de credenciales: <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Certificado médico (estado de embarazo) <input type="checkbox"/> Declaración jurada y notarizada de edad <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial / Multirracial Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni de origen latino Nacionalidad: _____		Diominio de inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro idioma: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Parentesco del Adulto primario con el niño <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Nieto* <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal* <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptivo* <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro* (especifique) _____ Parentesco del Adulto secundario con el niño: <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Nieto* <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal* <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptivo* <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro* (especifique) _____ Existe una orden judicial de protección o de no contacto concerniente al niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>*Para inscribir al niño se necesita documentación legal de la corte</small>		Posibilidad de participación en Medicaid: <input type="checkbox"/> En Medicaid <input type="checkbox"/> Gran posibilidad <input type="checkbox"/> No es elegible Número del Medicaid _____ Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número del seguro médico: _____ <input type="checkbox"/> Otro/Seguro médico privado (nombre del proveedor): _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico Referido completado a: _____ Solicitud para Florida KidCare presentada el: Fecha: _____ Persona I: _____ Fecha: _____			
Necesidades especiales/Incapacidad:							
Evaluación de las escuelas públicas del Condado de Miami-Dade de la incapacidad diagnosticada. Plan Educativo Individual (IEP, por sus siglas en inglés):				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha:		
Programa Individual de Plan de Apoyo Familiar Early Steps (IFSP):		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha:				
Diagnóstico profesional (terapia del habla, ocupacional, etc.):		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha:				
Dispositivos de ayuda que utiliza: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de rueda <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico <input type="checkbox"/> Aparato auditivo							
Servicios de salud:							
Su hijo recibe tratamiento médico para: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alto nivel de plomo <input type="checkbox"/> Otro, especifique <input type="checkbox"/> No está bajo tratamiento médico							
Alergias conocidas del niño, necesidades dietéticas o cualquier otra anomalía médica o dental: Describe: <input type="checkbox"/> Ninguna conocida							
Circunstancias de la familia: (por favor de llenar con cuidado)							
Datos demográficos de la familia: Marque <input checked="" type="checkbox"/> en la casilla adecuada		Sí	No	Estatus de los padres: Marque <input checked="" type="checkbox"/> en la casilla adecuada		Sí	No
Abuso de sustancias controladas documentado				Uno de los padres			
Violencia doméstica documentada				Los dos padres			
Prueba de la educación de los padres <8º grado				Padre de crianza temporal			
Prueba de ser padre o madre adolescente <17 años				Tutor legal			
Desamparado:	Tiempo que lleva desamparado:			Servicios de familia: Marque <input checked="" type="checkbox"/> en la casilla adecuada		Sí	No
Agencia:							
Prueba de embarazo				Medicaid/ KidCare			
Prueba de residencia en Vivienda Pública (MPHA)				Programa de Asistencia Alimentaria / SNAP			
Prueba de incapacidad 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				Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Hermanos que regresan al programa Head Start/Early Head Start				Enviado por un programa de crianza temporal			
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			



**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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------------	---------------	-----------------------	----------------------------	--

Vive con la familia Custodia Proporciona ayuda económica Padre/madre adolescente

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro idioma: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial / Multirracial	Nivel académico: <input type="checkbox"/> Titulado o Licenciado <input type="checkbox"/> Técnico Superior Universitario, escuela vocacional o algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o GED <input type="checkbox"/> 9 – 11º grado <input type="checkbox"/> Menos del 8º grado
Escuela técnica: <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores recibe entrenamiento o estudia <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores NO recibe entrenamiento o estudia	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni de origen latino	

Adulto secundario (Padres/Tutor legal):

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------------	---------------	-----------------------	----------------------------	--

Vive con la familia Custodia Proporciona ayuda económica Padre/madre adolescente

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otro idioma: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial / multirracial	Nivel académico: <input type="checkbox"/> Titulado o Licenciado <input type="checkbox"/> Técnico Superior Universitario, escuela vocacional o algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o GED <input type="checkbox"/> 9 – 11º grado <input type="checkbox"/> Menos del 8º grado
Escuela técnica: <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores recibe entrenamiento o estudia <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores NO recibe entrenamiento o estudia	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni de origen latino	

Empleo:(Padres/Tutores legales):

Adulto primario: <input type="checkbox"/> Esta EMPLEADO Efectivo: _____ <input type="checkbox"/> Esta DESEMPLEADO(desempleado, jubilado o deshabilitado) Efectivo: _____ <input type="checkbox"/> Miembro de a las fuerzas armadas de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	Adulto secundario: <input type="checkbox"/> Esta EMPLEADO Efectivo: _____ <input type="checkbox"/> Esta DESEMPLEADO(desempleado, jubilado o deshabilitado)Efectivo: _____ <input type="checkbox"/> Miembro de a las fuerzas armadas de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A
--	---

Otros miembros familiares (Respaldado con el ingreso de los padres o tutores):

Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Parentesco con el niño
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 (firma requerida): **Le 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 County
Community Action and Human Services Department
Head Start / Early Head Start
Family Demographic/Eligibility Information
(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: _____

**CALCULATION AREA FOR INCOME
(IF NEEDED)**

5. Verify Eligibility – Enrollment by Type of Eligibility:

- Income below 100% of federal poverty guidelines
- Income between 101-130% of federal poverty guidelines
- Over-Income – Over 131% of federal poverty guidelines
- Homeless
- Foster Care
- Public Assistance (TANF)
- Supplemental Security Income (SSI)

Relevant Time Period used for calculation of income:

- 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. What documentation was used to determine eligibility for the last twelve months or calendar year:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Form(s) 1040/1099 | <input type="checkbox"/> Written statements from employer(s) |
| <input type="checkbox"/> Public Aid/TANF-documentation | <input type="checkbox"/> Foster care reimbursement |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub(s) | <input type="checkbox"/> SSI documentation |
| <input type="checkbox"/> W-2 | <input type="checkbox"/> Social Security Pension/Retirement |
| <input type="checkbox"/> Grants/Scholarships/Financial Aid | <input type="checkbox"/> Child Support |
| <input type="checkbox"/> Unemployment | <input type="checkbox"/> 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: _____