

# Head Start/ Head Start Para Infantes

- 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

## APLICACIÓN



- YMCA (Early Head Start) /FCCH  
110 E. Oak Ave.- Tampa, FL. 33602 (813)224-9622
- Lutheran Services Florida (Early Head Start) /FCCH  
3635 W. Waters Ave. #A-Tampa, FL 33614 (813)877-9303

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

Application Date:

Enroll Date:

### INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/A

Escuela/Centro		FCCH Site#/ Class #	
Apellido Legal Del Niño/a (ultimo)		Primer Nombre	Fecha de Nacimiento
			Sexo <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón
Correo Electronico		Idioma que se habla en la casa: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro	Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> 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			M F			
Relación con el niño(a) (marka uno) ____ Adoptivo ____ Tia ____ Abuela ____ Abuelo Otro _____						

Dirección Residencial :	Cuidad:	Zona Postal:	Unidad#	Apt#	Lot#
Dirección Postal :	Cuidad:	Zona Postal:	Unidad#	Apt#	Lot#
<b>Mi dirección es:</b> [ ] Mi Residencia Propia/Renta [ ] Vive con Familiar/Amigo [ ] Otro _____ <b>Despliegue Militar de los Padres</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Teléfono de Madre:		Teléfono de Padre:			
Casa	Celular	Otro	Casa	Celular	Otro

Nombre del Empleo del Madre: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleo del Padre: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ 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 Niño(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 niño/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 a 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 a la Escuela(nombre): \_\_\_\_\_ Estado Estudiantil:  Tiempo Completo  Medio Tiempo

**INGRESOS (DOCUMENTOS REQUERIDO)**

Beneficios de Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ SSI \$ \_\_\_\_\_ SSD \$ \_\_\_\_\_ Beca Del Gobierno \$ \_\_\_\_\_

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)**

<b>Parental Status:</b>		<b>Other # 1:</b>		<b>Face to Face:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Disability Status:</b>		<b>Other # 2:</b>		<b>Telephone:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Income:</b>		<b>Other # 3:</b>		<b>*Document reason for phone*</b>	
<b>Age:</b>		<b>Other # 4:</b>		<b>Total Points:</b>	

Eligibility Comments:

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

**Documents Reviewed and Verified by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Family Service Worker Signature)

**Team Leader/Supervisor Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_