

# Head Start/ Head Start Para Infantes

## APLICACIÓN



**Hillsborough  
County Florida**

- Hillsborough County BOCC (Head Start /Early Head Start)  
3402 North 22<sup>nd</sup> 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 NIÑO/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)						Educación Superior
					GED	DIPLOMA	AA	BA	MS	MA	
Madre			M   F								
Padre			M   F								
Encargado Legal			M   F								
Relación con el niño(a) (marka uno) _____ Adoptivo _____ Tia    _____ Abuela    _____ Abuelo Otro _____											

<b>Dirección Residencial :</b>		Cuidad:	Zona Postal:	Unidad#	Apt#	Lot#
<b>Dirección Postal :</b>		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> Si    No						
<b>Telefono de Madre:</b>		Casa	Celular	Otro	<b>Telefono de Padre:</b>	
		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:

<b>Padres en la casa:</b> Uno    Dos    Encargado    Adoptivo	<b>Estado Civil:</b> Soltero(a)    Casado(a)    Divorciado(a)    Separado    Viudo(a)
<b>El numero de personas que mantiene incluido tú misma :</b> _____ <b>¿Tiene usted ó tenido un niño/a en Head Start/EHS?</b> 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 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 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)**

Table with 4 columns: Parental Status, Disability Status, Income, Age; Other # 1, 2, 3, 4; Face to Face, Telephone, Document reason for phone\*, Total Points.

Eligibility Comments:

Table with 3 columns: TOTAL EARNED INCOME (Documented), TOTAL OTHER INCOME, CRITERIA ENROLLED UNDER. Includes sub-sections for income calculation and enrollment criteria.

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

Team Leader/Supervisor Signature: Date: