

Información de Solicitante & Miembros de la Familia



Participante <i>(Niño(a) aplicando para los servicios)</i>							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	Extend-A-Care <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico		
				<input type="checkbox"/> No es Elegible			
				<input type="checkbox"/> On Medicaid			
				<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			
Cobertura Dental	Número de Dental		Dentista/Hogar Dental				
Discapacidad Sospechada/ Salud Frágil							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Discapacidad sospechada por el doctor Deterioro de la Salud: _____ <input type="checkbox"/> Nota del Dr.							

Adulto Principal							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Otro pariente		Sí, es Subvencionado?	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		Dirección de Email: _____			

Adulto Secundario							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza			Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial			<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Proficiente			
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Otro pariente		Sí, es Subvencionado?	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela					
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		Dirección de Email: _____			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

<i>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</i>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante. Copyright © 2015 Management Information Technology USA, Inc. 09.21.15

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:
Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información General							
Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono		Tipo (<i>Llene uno</i>)			Notas		
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Estado de Padre/Madre (<i>Llene uno</i>)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (sí applicable)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Familia						
TANF			SSI			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (<i>completado por agencia</i>)			Verificado por (<i>completado por agencia</i>) _____			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (<i>por ejemplo: semana, mes, año</i>)	Cantidad Annual	Descripción (<i>por ejemplo: SSI, Trabajo</i>)	Verificación (<i>por ejemplo: W2, Trozo de Cheque</i>)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						
Firma del Padre/Madre/Guardián(a) X _____					Fecha: _____	

Contactos de Emergencia								
Contacto 1	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
Contacto 2	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		
Contacto 3	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		
Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3				
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo				

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) **X** _____ Fecha _____

Para ser completada por empleados de la agencia:

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Información de Elegibilidad & Matricula

Elegibilidad			
Término del Programa	Agencia	Status inicial	Fecha de estado
		<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Lista de Espera	
Formas de Ceder Firmada	Fecha Firmada	El Niño(a) transición a	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Preferencia de ubicación	Sitio		
1 - Primero			
2 - Segundo			
3 - Tercero			
Notas de Inscripción			
Fecha de Aplicación	Estado de aplicación	Año de Participación	
	<input type="checkbox"/> Complete & Verified <input type="checkbox"/> Incomplete, info not returned		
	<input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Other – specify in notes		

NOTAS

Certificacion: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. Tambien entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma de padre/madre **X** _____ Fecha _____

Child Inc. Early Head Start/Head Start Processing Verification Form: Income and Age

This eligibility section below to be completed by ERSEA Head Start staff = annual income calculations

1 First Name	Middle	Last	Date of Birth	Due Date
---------------------	---------------	-------------	----------------------	-----------------

<input type="checkbox"/> Previous Calendar year Jan-Dec. 20_____	<input type="checkbox"/> Previous 12 months from month preceding date of application. App. Date:_____ A. Starting Month:_____ B. Ending month:_____
---	--

Family members	Amount	Per	Actual income	Description	Type	Verification codes
					Earned / unearned	
					Earned / unearned	
					Earned / unearned	
					Earned / unearned	

Total yearly income of family (B.) =	\$
--	-----------

AIC Annual income calculator	Verification Codes	
Twice monthly X 24	Income tax return = TR	Other = OT
Monthly X 12	W-2 document = W2	Not verified = NV
Every week X 52	Check stubs = CS	Letter = LE
Every 2 weeks X 26		

Enter Family Size =	#
Enter A. Poverty guideline 100% =	\$
Enter Total yearly income of family (B.)=	\$
Enter A. - (B.)Difference =	\$

Enter Child age =	
Enter Trimester of pregnancy =	
Age document attached	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Pregnancy document attached	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Look for \$(B.) on income chart. Check the Eligibility box below. AND Select percent range box below that includes \$(B).

Income is Below federal poverty guidelines <input type="checkbox"/> = E = Income Eligible.				Poverty guideline	Income is over / Above federal poverty guidelines <input type="checkbox"/> O = Over income eligible - 10% at any level. <input type="checkbox"/> M = Over income 101% - 130% Additional 35%.				
100-75%	75 -50 %	50- 25%	25-0%	100%	100 -130%	130-150%	150 -175%	175-200%	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOTES

Verifying Staff print name		2 nd Verifying Staff print name	
Signature		Signature	
Date of Verification		Date of 2 nd Verification	