



HEAD START PROGRAM

Completed application and required documents must be returned to the Family Advocate at your preferred school. In order to qualify for this program, families must meet the Federal Poverty income guidelines. School based programs offer slots to qualifying three and four year olds. *Parents do not have to be employed in order to apply.*

Aplicaciones completas y documentos requeridos deben ser devueltos a la Defensora de las Familiar en la escuela de su preferencia. Para poder calificar para el programa, las Familias deben satisfacer los Requisitos de Ingresos de Pobreza Federales. Los Programas basados en la escuela ofrecen espacio para niños de tres y cuatro años. Los Padres no necesitan estar empleados para aplicar.

Documents Needed:

1. **Birth Certificate** (child must be 4 years old or 3 years old on or before September 1st of the school year at school sites).
Certificado de Nacimiento (el niño(a) debe tener 4 o 3 años antes del 1 de Septiembre de este curso escolar)
2. **Proof of family income** (last four check stubs; 1040 Tax Form; LES; *or* letter from employer).
Prueba de sus ingresos financieros (últimos 4 cheques de pago, la forma 1040 de los Taxes, o una carta de su empleador)
3. **Picture I.D.** (parent or guardian).
Identificación con fotografía (de los padres o guardianes)
4. **Proof of TANF, SNAP and WIC** (if applicable)
Prueba de Asistencia en efectivo, Sellos de Alimento, y WIC (si aplica)
5. **Child's Medical & Dental Health Insurance Card** (if child has insurance)
Tarjeta de Seguro Medico y Dental del Niño (si el niño (a) tiene seguro)

If you need more information, please call the numbers listed below;

Si usted necesita más información, por favor llame los números enumerados abajo:

Horace O'Bryant School: Elizabeth Alvarez (305) 296-5628 x65392

Gerald Adams Elementary: Kechna Fleuridor (305) 293-1610 x51378

Stanley Switlik Elementary: Delvis Cabrera (305) 289-2490 x59309

Key Largo School: Ashley Hernandez (305) 453-1255 x57400

Please do not drop off application at the front office (Favor de no dejar las aplicaciones en la oficina principal).

Call to schedule an appointment to return the attached forms and completed application.

(Favor de llamar a fijar una cita para devolver los formularios adjuntos y aplicación). Incomplete applications will not be accepted. (aplicaciones incompletas no serán aceptadas)

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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	

Adulto Principal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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/Padrasto		<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				<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				<input type="checkbox"/> 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	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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/Padrasto		<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				<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				<input type="checkbox"/> 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: _____				

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente		<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.

Información de Familia, Ingreso & Contactos

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 (Llene uno)			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 (Llene uno)	Relación a los participantes	Lengua Principal en el Hogar	Adquiriendo/aprendiendo otro lenguaje además de inglés	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Información de Familia						
TANF	SSI	SNAP	WIC	WIC ID (sí aplicable)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (completado por agencia)			Verificado por (completado por agencia)			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, mes, año)	Cantidad Annual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						

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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal		Ciudad	Estado	
	Teléfono	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			
Contacto 2	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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal		Ciudad	Estado	
	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #1			
	<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			
Contacto 3	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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal		Ciudad	Estado	
	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #1			
	<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			

Certificación: 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. También 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 del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Información adicional sobre elegibilidad familiar

El nombre del niño: _____

Enumere todos los demás miembros de la familia que viven en el hogar a quienes usted mantiene y que NO ESTÁN ENUMERADOS EN LA SOLICITUD:

Nombre de pila	Apellido	Fecha de nacimiento	Hombre M Mujer F	Relacion hacía el niño

*Tenga en cuenta: si un niño tiene una discapacidad diagnosticada (IEP o IFSP), se debe proporcionar documentación relacionada con la discapacidad con esta solicitud.

Discapacidad/Diagnóstico	Sí	No	Si es así, fecha
Plan de Educación Individual (IEP)			
Plan Individual de Apoyo Familiar (IFSP)			
Diagnóstico Profesional (médico, del habla, ocupacional, etc.)			

*Tenga en cuenta: si su hijo recibe tratamiento por algún problema médico, se debe proporcionar la documentación relativa al problema junto con esta solicitud.

Servicios de salud:
Mi hijo recibió tratamiento médico para:
Enumere todas las alergias, necesidades dietéticas u otras preocupaciones médicas/dentales conocidas:

Servicios	Sí	No	N / A
Si se le ofrece y su preferencia de ubicación no está disponible, ¿estaría dispuesto a asistir a otra ubicación? (solo HOB y GAE)			
Si se le ofrecen y lo aceptan, ¿necesitaría transporte?			
Si se le ofrecen y lo aceptan, ¿necesitaría cuidados posteriores?			

Sí	No

¿Existe otro programa HeadStart en el condado de Monroe al que haya solicitado?

Liberación financiera y consentimiento de terceros

Por la presente doy permiso para que el personal del Programa Head Start verifique los ingresos de mi familia examinando los siguientes documentos y/o llamando a un tercero:

*Formulario 1040 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para el año

*Recibos de pago de los últimos 30 días

*Declaración(es) escrita(s) del(los) empleador(es) o miembro(s) de la familia

*Documentación que acredite su condición de beneficiario de asistencia pública.

Este formulario no es válido después de que el estudiante sale del Programa Head Start.

El nombre del niño:

Nombre del Padre de Familia / Guardian:

Firma del Padre /

Tutor: _____

Fecha: _____



Verificación de personas sin hogar

El nombre del niño: _____

Padre/Tutor: Por favor marque todo lo que corresponda:

Alojamiento	Sí
Vivienda que alquilo, poseo o comparto por elección	
Vivir temporalmente con un familiar o amigo debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivos similares.	
Vivienda subsidiada (Sección 8, HUD, Asistencia para el alquiler)	
Personas sin hogar	
Permanecer en refugio/vivienda de emergencia o de transición	
Vivir en un motel/vehículo de campamento porque no puedo pagar o no puedo encontrar alojamiento asequible.	
alojamiento	
Se mudó más de 3 veces en 12 meses.	

¿Algún miembro de su hogar es uno de los siguientes? (Si es así, ingrese sí)

Miembro del ejército de EE. UU.	
Veterano militar	

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Para ser completado únicamente por el personal de HeadStart:

Según McKinney-Vento, las determinaciones de elegibilidad se hacen caso por caso. El personal de HeadStart notificará al enlace de personas sin hogar de MCSD para determinar la elegibilidad si se necesita ayuda.

Estado	No	Sí
La familia está decidida a quedarse sin hogar		

Al firmar este documento, declaro que he revisado la documentación proporcionada y entrevisté al padre/tutor. Soy consciente de que si violo intencionalmente las regulaciones federales de determinación de elegibilidad del programa e inscribo a familias no elegibles, resultará en algún tipo de acción disciplinaria.

Nombre impreso del personal: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____