



Office Use Only
(Checked upon receipt of Documentation)



Miami-Dade County
Community Action and Human Services Department
HEAD START/EARLY HEAD START PROGRAM
REGISTRATION REQUIREMENTS

ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT TO TIME AT SUBMISSION:

		Yes	No
Proof of Age: <ul style="list-style-type: none"> • EHS - Pregnant women can be any age. Children: Birth to age 3 years after September 1, 2018. • HS - Children must be at least 3 years old on or before September 1, 2018, or no more than five (5) years old after September 1, 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> • Birth Certificate • Passport • Signed Hospital Foot Print Certificate • Notarized Affidavit of Age Form • Doctor's statement (pregnant women) 		
Proof of parent's/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year (2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Signed Income Tax 1040 • 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 		
Proof of Parent's Identification	<ul style="list-style-type: none"> • Driver's license/Passport • State issued picture I.D. • Employer issued picture I.D. • Military picture I.D. • Homeless Shelter picture I.D. 		
Proof of Miami-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** _____



DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD

Condado de Miami-Dade Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos PROGRAMA HEAD START/EARLY HEAD START REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN



(Copia del padre / madre / tutor legal)

En el momento de la solicitud de admisión, se requiere presentar prueba de nacimiento, prueba de ingreso, identificación del padre/madre o tutor y prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade. Esta información se usa para determinar elegibilidad para participar en el programa. Si marcó "sí" en la lista de verificación de circunstancias familiares en la página 2 de la solicitud, usted debe presentar los documentos de esos elementos. El personal estará a su disposición para ayudarle a llenar la solicitud.

TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR VIGENTES EN EL MOMENTO DE PRESENTARLOS:

Prueba de edad: <ul style="list-style-type: none"> • EHS - Las mujeres embarazadas pueden tener cualquier edad. Niños: Desde su nacimiento hasta 3 años de edad, después del 1ro de septiembre de 2018. • HS – Es necesario que los niños tengan 3 años de edad, como mínimo, el 1ro de septiembre de 2018, o antes, o no más de de cinco (5) años de edad, después del 1ro de septiembre de 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento • Pasaporte • Certificado de huella del hospital firmado • Declaración de edad notariada • Declaración del médico (para embarazadas)
Prueba del ingreso bruto del padre/madre o tutor legal de los últimos 12 meses o del último año calendario (2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1040 - Declaración de Impuestos sobre la Renta, firmado • Formulario(s) W-2 • Recibos de pago • Remuneración por desempleo • Declaración escrita en papel con membrete del empleador • Hoja impresa de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) • Hoja impresa de Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF) • Agencia para Asistencia a Menores • Formulario de declaración de ingresos
Prueba de identificación del padre o la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción/Pasaporte • Documento de identificación con foto emitido por el estado de Florida • Documento de identificación emitido por el empleador/Documento de identificación militar • Documento de identificación de refugio para desamparados
Prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción • Documento de identificación con foto y dirección emitido por el estado de Florida • Facturas de servicios públicos (electricidad, teléfono, cable, etc.) • Contrato de arrendamiento, alquiler y/o hipoteca • Carta de TANF, de SSI, de desempleo
Prueba de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Plan educativo individualizado (IEP, en inglés) • Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP, en inglés)
Prueba de presunción de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones y declaraciones de médicos y terapeutas, que detallen sus inquietudes
Prueba de verificación de desamparo	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de institución de desamparo o asistente social • Declaración del solicitante
Prueba de consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del personal del programa de tratamiento
Prueba de violencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la Agencia para Víctimas de Violencia Familiar o del personal • Documentos del tribunal (en el último año)
Prueba de condición de estudiante	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción actual/Horario académico o de clases
Prueba de educación, de 8vo grado y grados inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del solicitante / Notas académicas oficiales
Prueba de discapacidad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del beneficiario de SSI / Declaración del médico
Prueba de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos médicos (vigentes)
Prueba de residencia en vivienda pública	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler/arrendamiento con Agencia de Vivienda Pública de Miami-Dade (MDPHA, en inglés)
Prueba de cuidado de acogida / protección legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de Agencia de Cuidados de Acogida / Orden de Protección
Prueba de tutela / protección legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documento del Sistema Judicial / Orden de protección

Es necesario que los padres verifiquen que la información proporcionada en la solicitud y los documentos acreditativos sean correctos y verdaderos y que se declaren todas las fuentes de ingreso de los padres / tutores legales. La tergiversación intencionada de toda información proporcionada puede ocasionar la suspensión del niño del programa. Los trámites de inscripción demorarán si la solicitud está incompleta o si faltan documentos.



Condado de Miami-Dade
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
Programa Head Start/Early Head Start
SOLICITUD



Información sobre la familia

Nombre del adulto principal: _____
Nombre del niño que cumple los requisitos: _____

Fecha de nacimiento: _____
Fecha de nacimiento: _____

Información general:					
Dirección de residencia:		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado: MIAMI-DADE
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad	Estado	Código Postal	
Número(s) telefónico(s)	Casa, trabajo, celular, correo electrónico	Principal	Notas		
N° personas en el hogar _____		N° personas en la familia _____		N° total de niños _____	
(que viven con el niño)		(mantenidos con los ingresos del padre/madre/ tutor)		Edad 0-3 _____ Edad 4-5 _____ Edad 6 y mayor _____	
Condición de los padres: <input type="checkbox"/> Biológicos / Adoptivos / Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela* <input type="checkbox"/> Nieta/Nieto* <input type="checkbox"/> Otro parentesco, especifique* _____ <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Los dos padres * Se requiere documento del tribunal para inscribir al niño.		Idioma principal de la familia en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creol haitiano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Europeo y eslavo <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Asiático del Oriente Medio y del sur de Asia <input type="checkbox"/> Indo-americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> América centro-norte, América del Sur <input type="checkbox"/> Otro idioma, debe especificar: _____		Centro donde se presenta la solicitud: _____ _____	
Ingreso familiar:					
TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cupones de alimentos/SNAP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ID# de WIC _____					
Fuentes de ingreso:		Cantidad:	Frecuencia:		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
Por ejemplo: Ingresos ganados: Formulario 1040, Formulario W-2, recibos de pago, carta del empleador, pensión/jubilación del Seguro Social, remuneración por desempleo, manutención infantil/de cónyuge por orden del tribunal. Ingresos no ganados: Asistencia pública (p. ej. TANF o SSI), reembolso de cuidados de acogida; especifique si es otro tipo de ingreso.		Ingreso total:			
Notas sobre los ingresos:					
Contactos de emergencia: (Rellenar cuidadosamente)					
Nombre:			Relación:		
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	# telefónico:	# telefónico:	
Nombre:			Relación:		
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	# telefónico:	# telefónico:	
Proveedores médicos/dentales: (Rellenar cuidadosamente)					
(Proveedor médico): ¿El niño tiene alguna fuente de atención médica accesible continua (centro médico)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del médico:		Dirección		# telefónico:	
<input type="checkbox"/> Si no tiene médico* *SOLO PARA USO DEL PERSONAL (El personal refiere al padre/madre/tutor a un proveedor de servicios médicos):		Fecha:	Empleado:		
(Proveedor dental): ¿El niño tiene alguna fuente de atención dental accesible continua (centro dental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del dentista:		Dirección:		# telefónico:	
<input type="checkbox"/> Si no tiene dentista* *SOLO PARA USO DEL PERSONAL (El personal refiere al padre/madre/tutor a un proveedor de servicios médicos):		Fecha:	Empleado:		

SOLO PARA USO DEL PERSONAL



Condado de Miami-Dade
 Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
 División del Programa Head Start/Early Head Start
INFORMACIÓN DEL NIÑO QUE CUMPLE LOS REQUISITOS



Niño que cumple los requisitos (participante por primera vez):

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sudónimo	Sufijo del nombre
----------	---------------	----------------	----------	-------------------

Fecha de nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Prueba de edad verificada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuente de verificación de edad: <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Constancia médica (embarazadas) <input type="checkbox"/> Declaración de edad notariada <input type="checkbox"/> Otra prueba (especifique):
----------------------	---	---	--

Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino Nacionalidad: _____	Dominio del idioma inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Elegibilidad médica: <input type="checkbox"/> Con beneficios de Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente elegible <input type="checkbox"/> No reúne los requisitos # Medicaid: _____ Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número del seguro: _____ <input type="checkbox"/> Otro/Cobertura de salud privada (incluya el nombre del proveedor): _____ <input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro médico Remisión hecha a: _____ Fecha de solicitud hecha a Florida KidCare: _____ Empleado: _____ Fecha: _____
	Relación del adulto principal con el niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> De adopción* <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieta/nieto * <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro parentesco* (especifique) _____ Relación del adulto secundario con el niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> De adopción* <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieta/nieto* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro parentesco* (especifique) _____ ¿Existe una orden de protección o de prohibición de contacto que se refiera al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No * Se requiere documento del tribunal para inscribir al niño.	

Necesidades especiales / discapacidad:

Plan para la evaluación de diagnóstico de discapacidad realizada por una Escuela Pública del Condado de Miami-Dade-Plan (IEP):	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió SÍ, escriba la fecha:
--	---	---

Programa Early Steps-Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió SÍ, escriba la fecha:
---	---	---

Diagnóstico profesional (terapia del lenguaje, ocupacional, etc.):	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si respondió SÍ, escriba la fecha:
--	---	---

Dispositivos auxiliares usados: <input type="checkbox"/> No usa dispositivos auxiliares <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Dispositivos inmovilizadores <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas
--

Servicios de salud:

Su hijo recibe tratamiento médico por: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo en sangre <input type="checkbox"/> Si recibe otro tratamiento, especifique: <input type="checkbox"/> No recibe tratamiento médico

Enumere todas las alergias conocidas, necesidades alimenticias u otros problemas médicos/dentales: Describe: <input type="checkbox"/> No se conoce ninguna
--

Circunstancias familiares: (Rellenar cuidadosamente)

Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada	Sí	No	Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada	Sí	No	
Consumo de sustancias, documentado			Desamparo: Periodo de tiempo en situación de desamparo: Nombre de la agencia:			
Víctima de violencia doméstica, documentado			Si respondió SÍ, explique:			
Educación de los padres inferior a 8 ^o grado, documentado			Vale de subsidio para atención infantil ELC (EHS-CCP) Si respondió SÍ, escriba la fecha:			
Padre adolescente menor de 17 años, documentado			Al parecer, no recibe servicios sociales ni tiene necesidades especiales			
Residente en vivienda pública (MPHA), documentado			Notas			
Padre / estudiante que trabaja, documentado						
Discapacidad del padre/madre, documentado			**Fuente de remisión de la solicitud: (requerido)			
Hermano(s) que regresan al Programa Head Start/Early Head Start			<input type="checkbox"/> Coalición para el Aprendizaje Temprano <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Divulgación Comunitaria <input type="checkbox"/> Programa para discapacitados <input type="checkbox"/> Remisión por orden del tribunal <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Antigo padre participante <input type="checkbox"/> Hospital/Clinica médica <input type="checkbox"/> Healthy Start <input type="checkbox"/> Línea de Ayuda <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro pública o privada <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas <input type="checkbox"/> Agencia de Recursos y Remisión <input type="checkbox"/> Auto-remisión <input type="checkbox"/> South Florida Workforce <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Agencia de desempleo <input type="checkbox"/> Feria Juvenil <input type="checkbox"/> Folleto informativo de HS/EHS <input type="checkbox"/> Otra fuente (Especifique): _____			
Transición de Early Head Start a Head Start						
Familias desplazadas por motivo de catástrofes						
Mujer embarazada, documentado						
Remisión para recibir servicios por una agencia para el bienestar infantil, documentado						



Condado de Miami-Dade
 Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
División del Programa Head Start/Early Head Start
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA



Adulto principal (Padre / Madre / Tutor Legal):				
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Vive con la familia **Brinda apoyo financiero**

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/multiracial	Educación: <input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de asociado, escuela vocacional o algún tiempo de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado
Capacitación laboral / Escuela: <input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o no va a la escuela	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino	

Adulto secundario (Padre / Madre / Tutor Legal):				
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Vive con la familia **Brinda apoyo financiero**

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/multiracial	Educación: <input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de asociado, escuela vocacional o algunos años de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado
Capacitación laboral / Escuela: <input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o no va a la escuela	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino	

EMPLEO: (Padre / madre / tutor legal)	
Adulto principal: <input type="checkbox"/> Está EMPLEADO A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Está DESEMPLEADO (p. ej., no trabaja, jubilado o discapacitado) A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Miembro del Ejército de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano del Ejército <input type="checkbox"/> No corresponde	Adulto secundario: <input type="checkbox"/> Está EMPLEADO: A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Está DESEMPLEADO (p. ej., no trabaja, jubilado o discapacitado) A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Miembro del Ejército de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano del Ejército <input type="checkbox"/> No corresponde

Otros miembros de la familia (Sustentados por los ingresos del padre / madre / tutor legal):					
Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el niño
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Verificación (se requiere la firma): *Lea antes de firmar*

Verifico, a mi leal saber, que la información proporcionada en este expediente de solicitud, así como la prueba de edad e ingresos presentada para determinar elegibilidad, es correcta y verdadera. Sé que proporcionar información falsa sobre ingreso o edad, pudiera ocasionar la suspensión del programa.

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____



Miami-Dade County
Community Action and Human Services Department
Head Start / Early Head Start



ELIGIBILITY DETERMINATION FORM
(For Head Start/EHS Staff 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 _____%
 - Over-Income* above 100% of federal poverty guidelines _____%
 - *Homeless
 - *Foster Care
 - Supplemental Security Income (SSI)(Public Assistance)
 - Temporary Assistance to Needy Families (TANF)(Public Assistance)

Relevant Time Period used for calculation of income:

Last 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. Documentation used to determine eligibility for the previous twelve months or last calendar year:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Form(s) 1040 | <input type="checkbox"/> TANF documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> W-2/1099 | <input type="checkbox"/> SSI documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> Written statements from employer(s) | <input type="checkbox"/> *Homeless Shelter documentation |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub(s) | <input type="checkbox"/> *Foster Care documentation |
| <input type="checkbox"/> Grants/Scholarships | <input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support documentation |
| <input type="checkbox"/> Unemployment documentation | <input type="checkbox"/> Income Statement Form |

Other eligibility documentation: _____

HS/EHS Staff Eligibility Determination signature (required):

Date of in-person interview: _____ Completed by Staff Name _____
(Please print)

Based on my examination and verification of the age and income documents provided by parent or guardian, I have determined that the child is eligible to participate in the HS/EHS program.

Staff Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Staff name printed: _____ Title: _____

Administrative Signature: _____ Title: _____ Date: _____