

ADAMS COUNTY HEAD START

CHILD'S INFORMATION (Información del niño)

CHILD'S NAME (Nombre del niño): _____ DATE OF BIRTH (Fecha de nacimiento): _____ AGE (Edad): _____ SEX (Sexo): __ M __ F

ADDRESS (Dirección): _____ P.O. Box: _____

Street (Calle) _____ City (Ciudad) _____ Zip (Código) _____ County (Condado) _____ # (Número) _____ City (Ciudad) _____

PHONE # (Teléfono) _____ SOC SEC # (# Seguro Social): _____ PRIMARY HOME LANGUAGE (Idioma Principal del hogar): _____

EMAIL ADDRESS: _____

LIST ALL MEMBERS OF THE HOUSEHOLD (Nombre todos los miembros de la familia):

NAME /Nombre	DOB Fecha de Nacimiento	SS # # Seg. Soc.	RELATIONSHIP TO CHILD Relación con el niño	RECEIVE TANF/SSI/WELFARE? ¿Recibe beneficios de TANF/SSI/WELFARE?	PREVIOUS HEAD START STUDENT? ¿Fue estudiante de Head Start?
				YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Is child a foster child? (¿Es el niño adoptado?): __ YES __ NO (You must provide proof if child is a foster child) (Usted debe presentar prueba si el niño es adoptivo)

INFORMATION OF PARENT/GUARDIAN ENROLLING THE CHILD (Información del Padre o Tutor que está matriculando al niño):

NAME (Nombre) _____ RELATIONSHIP TO CHILD (Parentesco con el niño) _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____

SOC SEC # (# Seguro Social) _____ EMPLOYER (Lugar de Trabajo) _____ # of HOURS/WEEK (# horas por semana) _____

BEFORE TAX-INCOME (fill in only one space): \$ _____ weekly \$ _____ every 2 weeks \$ _____ monthly \$ _____ yearly
Ingresos antes de pagar taxes (Llene solo un espacio): (semanal) (cada 2 semanas) (mensual) (annual)

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME? __ Yes __ No If yes, for how long? _____
¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando usted no recibió ningún tipo de ingresos? __ Sí __ No (Si sí, ¿Por cuánto tiempo?)

DO YOU HAVE A HIGH SCHOOL DIPLOMA OR GED? __ YES __ NO IF NOT, ARE YOU CURRENTLY TAKING CLASSES TO GET YOUR GED? __ YES __ NO
¿Tiene usted su diploma de preparatoria o GED? __ Sí __ No Si no, ¿Está usted en el presente asistiendo a clases para obtener su GED o diploma? __ Sí __ No

OTHER PARENT/GUARDIAN/ADULT IN HOUSEHOLD WHO FINANCIALLY SUPPORTS CHILD (Información del otro Padre o Tutor que mantiene al niño):

NAME (Nombre) _____ RELATIONSHIP TO CHILD (Parentesco con el niño) _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____

SOC SEC # (# Seguro Social) _____ EMPLOYER (Lugar de Trabajo) _____ # of HOURS/WEEK (# horas por semana) _____

BEFORE TAX-INCOME (fill in only one space): \$ _____ weekly \$ _____ every 2 weeks \$ _____ monthly \$ _____ yearly
Ingresos antes de pagar taxes (Llene solo un espacio): (semanal) (cada 2 semanas) (mensual) (annual)

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME? __ Yes __ No If yes, for how long? _____
¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando no recibió ningún tipo de ingresos? __ Sí __ No (Si sí, ¿Por cuánto tiempo?)

DO YOU HAVE A HIGH SCHOOL DIPLOMA OR GED? __ YES __ NO IF NOT, ARE YOU CURRENTLY TAKING CLASSES TO GET YOUR GED? __ YES __ NO
¿Tiene usted su diploma de preparatoria o GED? __ Sí __ No Si no, ¿Está usted en el presente asistiendo a clases para obtener su GED o diploma? __ Sí __ No

ADDITIONAL INFORMATION (Información Adicional):

Has child been diagnosed with a disability? __ YES __ NO BY WHOM? _____ WHEN? _____ IDENTIFY DISABILITY: _____
¿Ha sido el niño diagnosticado con una minusvalía? __ Sí __ No (Por quién) (Cuándo) (Identifique la minusvalía)

(Documentation or proof of disability must accompany this application.) (Documentación como prueba de la minusvalía debe acompañar esta solicitud)

Please answer the following questions (Por favor responda a las siguientes preguntas):

Are you currently homeless? _____ YES ___ NO

¿Está usted en el presente sin casa o lugar donde vivir? _____ SÍ ___ NO

If you are homeless, how long have you been homeless? _____ months

¿Si la respuesta es sí, por cuanto tiempo? _____ meses

Is either parent currently in prison? _____ YES ___ NO

¿Se halla alguno de los padres en prisión ahora? _____ SÍ ___ NO

Is either parent on house arrest or on probation? _____ YES ___ NO

¿Se halla alguno de los padres bajo arresto domiciliario o libertad condicional? _____ SÍ ___ NO

Has either parent ever received treatment for drug or alcohol abuse? _____ YES ___ NO

¿Ha alguno de los padres recibido tratamiento de adicción de drogas o alcohol? _____ SÍ ___ NO

Have you or this child been a victim of abuse? _____ YES ___ NO

¿Ha usted o su niño sido víctima de abuso? _____ SÍ ___ NO

Does either parent have a documented disability? _____ YES ___ NO

¿Tiene alguno de los padres una minusvalía diagnosticada? _____ SÍ ___ NO

Were you referred by any of these agencies? (check all that referred):

¿ Lo remitió alguna de estas agencias a Head Start? (marque las que aplican):

Physician (Doctor) Early Intervention (Servicios de Intervención Infantil) LIU

Adams County Children & Youth (Servicios de Protección contra Abuso)

Adams County Assistance Office (Oficina de Asistencia) Migrant Program (Escuelita)

Other (Otro): _____

A COPY OF THE CHILD'S BIRTH CERTIFICATE AND PROOF OF INCOME MUST ACCOMPANY THIS APPLICATION IN ORDER FOR IT TO BE PROCESSED IN A TIMELY MANNER!

UNA COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD PARA QUE PODAMOS PROCESARLA EN TIEMPO OPORTUNO!

Can you walk/drive your child to and from school? ___ YES ___ NO

¿Puede usted venir a dejar y a buscar a su niño a la escuela? ___ Sí ___ No

If Head Start can provide transportation... (Si Head Start puede darle transporte...)

From what address would the child be picked up? (¿A qué dirección hay que ir a

buscarlo(a)?) _____

At what address would the child be dropped off? (¿A qué dirección hay que ir a

dejarlo(a)?) _____

PROOF OF INCOME (Do Not Write in This Box.) Verificación de Ingresos (No Escriba En Este Cuadro.)

Documentation of wages: (please provide one of the following) W2, 2 pay stubs, tax form 1040, signed and dated statement from employer.

Documentación de ingresos: (por favor presente uno de los siguientes) W2, 2 talones de cheques, formulario 1040 de taxes, declaración de su empleador, firmada y fechada.

If you receive Food Stamps, Alimony/Child Support, Unemployment Compensation and/or Pension from the military, SSI, TANF, or past employment you must provide documentation. Usted debe presentar prueba si recibe Cupones de Comida, Pensión Alimenticia, Asistencia de Menores, de Desempleo y/o Pensión militar o laboral.

The information I have given on this application and the supporting documentation are complete and accurate, to the best of my knowledge.

La información que he divulgado en esta solicitud y la documentación comprobante es completa y verdadera de acuerdo a mi conocimiento.

Signature Required _____

Signature of Parent/Guardian

(Firma del Padre o Tutor)

Print Name of Parent/Guardian

(Nombre del Padre o Tutor en letra imprenta)

Today's Date

(Fecha de Hoy)

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

I certify that I have examined the above checked documentation for income and age eligibility verification of the _____ family. I have found this family to be eligible ___ not eligible ___.

Signature of Head Start Staff

Date

Print Name of Head Start Staff