

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Información General							
Por favor marque la casilla apropiada para su situación de vida actual							
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> En la casa de otra persona <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Coche, remolque, Parque o terren o de camping <input type="checkbox"/> Otro _____							
Dirección de Residencia		Código Postal		Ciudad		Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		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)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Reciben SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)	Reciben TANF	Reciben SNAP	Reciben WIC
<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de Familia							
Empleo- Por favor marque uno y acreditar							
<input type="checkbox"/> Tres talons de cheque <input type="checkbox"/> Formulario de IRS 1040 <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de patron de Head Start <input type="checkbox"/> Empleo de uno mismo <input type="checkbox"/> No empleadas actualmente							
Otros tipos de servicios o ongreso que recibe- comprobar todos que applyoyed							
<input type="checkbox"/> La asistencia en effective del TANF <input type="checkbox"/> El ingreso suplentario de seguridad <input type="checkbox"/> Los beneficios de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Niño de apoyo <input type="checkbox"/> El desempleo <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión <input type="checkbox"/> Los beneficios de los veteranos <input type="checkbox"/> Los trabajadores Comp. beneficios							
** Por favor adjuntar prueba de todos los 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
	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			
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			
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			

Información de Elegibilidad & Matricula

Elegibilidad

Término del Programa		Agencia
Head Start 2020-2021		Hill Country Community Action Assn, Inc.
Preferencia de ubicación	Sitio	Sala de clase
1 - Primero		
2 - Segundo		
3 - Tercero		

Los siguientes documentos serán requeridos para procesar su solicitud. La solicitud de su hijo no será procesada hasta que se presente toda la documentación requerida.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento/Actas de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Verificación de ingresos | <input type="checkbox"/> Expediente de inmunización |
| <input type="checkbox"/> Documentos de colocación (se is aplicable) | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid (si es aplicable) | <input type="checkbox"/> Declaraciones de situación de vida |
| <input type="checkbox"/> Declaración de ningún ingreso (si es aplicable) | <input type="checkbox"/> Prueba de SSI (si es aplicable) | <input type="checkbox"/> Prueba de TANF (si es aplicable) |
| <input type="checkbox"/> IEP/IFSP (si es aplicable) | <input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad a través de un proveedor privado (si es aplicable) | |

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 _____

Firma del personal _____ Fecha _____

Para ser completada por empleadsos de la agencia:

Initial Status		Participation Year	Application Date	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Waitlisted				
Application Status		Application Status Notes	Status Date	Child will transition to
<input type="checkbox"/> Complete & Verified <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Incomplete, info not returned <input type="checkbox"/> Other - specify in notes				
Eligibility Date	Number in Family	Eligibility Income		
Child eligible to participate in program	Type of eligibility interview	Income Status	Documentation used to determine eligibility	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Over Income <input type="checkbox"/> Public Assistance <input type="checkbox"/> Eligible (Below 100%) <input type="checkbox"/> Foster child <input type="checkbox"/> Homeless	<input type="checkbox"/> Income Tax Form 1040 <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> TANF Documentation <input type="checkbox"/> Pay stub or pay envelopes	<input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Written statements from employers <input type="checkbox"/> Foster care reimbursement <input type="checkbox"/> SSI Documentation <input type="checkbox"/> Other
Documentation of No Income				