

APPLICATIONS MUST BE COMPLETED IN INK (NO PENCILS). COPIES OF THE FOLLOWING ITEMS ARE NEEDED, ALONG WITH THE APPLICATION BEFORE A CHILD CAN BE CONSIDERED FOR ENROLLMENT.

- COPY OF THE CHILD'S BIRTH CERTIFICATE
- COPY OF THE CHILD'S IMMUNIZATION RECORD
- VERIFICATION OF THE FAMILY'S INCOME FOR THE PAST YEAR OR LAST 12 MONTHS. ANY OF THE FOLLOWING MAY BE PROVIDED (1040 FORM, CHECK STUBS (AT LEAST 4), TANF, SSI, SOCIAL SECURITY, EMPLOYER VERIFICATION, UNEMPLOYMENT, RETIREMENT, SCHOLARSHIPS, GRANTS, MILITARY ALLOTMENTS, ETC.
- COPY OF THE CHILD'S SOCIAL SECURITY CARD (IF THEY HAVE ONE)
- COPY OF MEDICAID OR CHIPS CARD OR HEALTH/DENTAL INSURANCE CARD, IF CHILD/FAMILY HAS INSURANCE.
- COPY OF FOOD STAMP VERIFICATION IF RECEIVING FOOD STAMPS (Notice of Eligibility).
- WIC SHOPPING LIST

ONLY LIST PERSONS ON THE APPLICATION THAT ARE LIVING IN THE HOUSEHOLD. SECTION 2 MUST BE COMPLETED ON EVERY MEMBER IN THE HOUSEHOLD, EXCEPT CHILD(REN) APPLYING FOR HEAD START OR EARLY HEAD START(Their information is completed on Section 1).

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR NEED ASSISTANCE IN COMPLETING THE APPLICATION, PLEASE FEEL FREE TO STOP BY HEAD START AT 1902 OLD TYLER ROAD AND ASK TO SPEAK WITH ONE OF THE FOLLOWING:

- SHERIAN GARNER
- KASHAUNA MATTOX
- TRAVENSKI PLEASANT
- SANTOS GARCIA
- TAMESHA SANTANA
- BRYAN CHRISTOPHER
- ANIQUA RICE

OR YOU MAY CALL THE DESIGNATED PHONE NUMBERS.

Phone: (936) 462-8411

Phone: (936) 564-1142

EARLY HEAD START (Building # 8) –SERVING CHILDREN 6 WKS. TO THREE (THIS INCLUDES CHILDREN THAT HAVE NOT TURNED THREE BY SEPT. 1ST OF EACH PROGRAM YEAR).

HEAD START – SERVING CHILDREN AGE 3 OR 4 BY SEPT. 1 OF EACH PROGRAM YEAR.

CELENA GARRETT, MSW – Social Services Specialist

MARIA MERCADO – CHW, Health Services Specialist

APLICACIONES DEBEN DE SER LLENADAS CON PLUMA (NO LAPIZ). COPIAS DE LOS SIGUIENTES ARTICULOS SE NECESITAN, JUNTO CON LA APLICACION ANTES QUE EL NIÑO/A PUEDA SER CONSIDERADO PARA MATRICULACION.

- COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL NIÑO
- COPIA DEL REGISTRO DE VACUNAS DEL NIÑO
- COMPROBANTE DE INGRESO FAMILIAR DURANTE EL ULTIMO AÑO PASADO O LOS ULTIMOS 12 MESES. CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE PUEDE SER PROPORCIONADO (FORMA 1040, TALONES DE CHEQUE (POR LO MENOS 4), TANF, SSI, SEGURO SOCIAL, VERIFICACION DE EMPLEO, DESEMPLEO, JUBILACION, BECAS, CONCESIONES, ETC.,,
- COPIA DE TARJETA DEL SEGURO SOCIAL DEL NIÑO (SI TIENE UNO)
- COPIA DE TARJETA DEL MEDICAID O CHIPS O TARJETA DE SEGURO DE SALUD/DENTAL, SI NIÑO/FAMILIA TIENE SEGURO.
- COPIA DE VERIFICACION DE ESTAMPILLAS DE COMIDA SI RECIBE EATAMPILLAS (Notica de Elegibilidad).
- RECIBO DE WIC

SOLO LISTE EN LA APLICACION A LAS PERSONAS QUE ESTAN VIVIENDO EN LA CASA. SECCION 2 DEBE COMPLETARSE UNA PARA CADA MIEMBRO DE LA CASA, EXCEPTO EL NIÑO(S) APLICANDO A HEAD START O A EARLY HEAD START(La informacion de ellos se completa en la sección 1).

SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR LA APLICACION, POR FAVOR SIÉNTASE LIBRE DE PARAR POR HEAD START EN 1902 OLD TYLER ROAD Y PREGUNTE HABLAR CON UNO DE LOS SIGUIENTES

- SHERIAN GARNER
- KASHAUNA MATTOX
- TRAVENSKI PLEASANT
- SANTOS GARCIA
- TAMESHA SANTANA
- BRYAN CHRISTOPHER
- ANIQUA RICE

PUEDE LLAMAR A LOS NUMEROS DESIGNADOS.

Teléfono: (936) 462-8411

Teléfono: (936) 564-1142

EARLY HEAD START (Edificio #8) – SIRVIENDO NIÑOS 6 SEMANAS A TRES (ESTO INCLUYE A NIÑOS QUE NO HAN CUMPLIDO TRES PARA SEPT. 1ERO DE CADA AÑO DEL PROGRAMA).

HEAD START– SIRVIENDO A NIÑOS DE 3 O 4 AÑOS PARA SEPT. 1 DE CADA AÑO DEL PROGRAMA.

**CELENA GARRETT, MSW-SOCIAL SERVICES SPECIALIST
MARIA MERCADO, CHW-HEALTH SERVICES SPECIALIST**

DATE: _____

ELIGIBLE CHILD'S NAME: _____

SECTION I: BASIC DEMOGRAPHIC DATA					
1. Child's name:		<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Last Name # 1</i>	<i>Last Name # 2</i>
2. Nickname:	3. DOB*:	4. Agency PID#	5. SSN:	6. Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
7. Home Phone:			8. Mobile Phone:		
9. Role in Household*: <input type="checkbox"/> Eligible Child <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Step/Half Sibling <input type="checkbox"/> Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> No Biological or Legal Relationship					
10. Race* (check only one): <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Refuse <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Other (please specify below) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American				11. Ethnicity (please specify below): <small>PIR A24 a.i. Person's ethnicity is Latino or Hispanic**</small>	
12. Language spoken at home: Primary*: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ Secondary: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____				13. How well does the child speak English? <input type="checkbox"/> Very Well <input type="checkbox"/> Well <input type="checkbox"/> Not Well <input type="checkbox"/> Not At All	
SECTION II: ADDRESS					
14. Address (a) Street:				Apt. #:	
City:			State:	Zip Code:	
(Check all that apply) <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Mailing <input type="checkbox"/> Pick-up <input type="checkbox"/> Drop-off <input type="checkbox"/> Other Effective Date: _____					
15. Address (b) Street:				Apt. #:	
City:			State:	Zip Code:	
(Check all that apply) <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Mailing <input type="checkbox"/> Pick-up <input type="checkbox"/> Drop-off <input type="checkbox"/> Other Effective Date: _____					
SECTION III: EMERGENCY CONTACT INFORMATION					
16. Emergency Contact Name (a):					
<i>First Name</i>		<i>Middle Name</i>		<i>Last Name</i>	
DOB:		Gender:		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address (a) Street:		Apt. #:		City:	
Zip Code:		Home phone:		Mobile Phone:	
Relationship: <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Other (please specify below): <input type="checkbox"/> Half /Sibling <input type="checkbox"/> No biological or Legal Relationship					
17. Emergency Contact Name (b):					
<i>First Name</i>		<i>Middle Name</i>		<i>Last Name</i>	
DOB*:		Gender:		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Address (b) Street:		Apt. #:		City:	
Zip Code:		Home phone:		Mobile Phone:	
Relationship: <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Other (please specify below): <input type="checkbox"/> Half /Sibling <input type="checkbox"/> No biological or Legal Relationship					
18. Does this child have any disabilities or suspected? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please explain: _____					
Family in or was in the military? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is absent parent Incarcerated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
How did you learn about Head Start*: _____					
Were you referred? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, from where? _____					

Nombre De Niño ELEGIBLE:

FECHA:

SECCION I: DATOS DEMOGRAFICOS BASICOS

1. Nombre de niño:

Primer Nombre: _____ 2do Nombre: _____ Apellido: _____

2. Sobrenombre: _____ 3. Fecha de nacimiento: ** _____ 4. Agencia PID# _____ 5. # de Seguro Social: _____ 6. Sexo: M F

7. Telefono de casa: _____ 8. Telefono Celular: _____

9. Papel en la Familia: * Niño Elegible Hermano Hermanastro/medio hermano Tia/Tio Otro parentesco Ninguna relacion biologica/legal

10. Raza* (marque solo una):
 Indio Americano/Nativo de Alaska Hispano/Latino Negar
 Asiatico Nativo de Hawaii o otro Iseño del Pacifico Desonocido
 Bi-racial/Multi-Racial Otro (favor especifique abajo) Blanco
 Negro o Americano Africano

11. Pertenencia etnica (favor especifique abajo):

 PIR A24 a.I. Persona es de origen Hispano o Latino *

12. Idioma que se habla en el hogar: Primer*: Espanol Ingles Otra _____
 Segunda: Espanol Ingles Otra _____

13. Que tan bien habla ingles el niño?
 Muy bien Bien
 No muy bien No lo habla

SECCION II: DIRECCIONES

14. Direccion (a) Calle: _____ # De Apt. : _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 (Marque todo lo que co rresponde) Vivienda Direccion de correo Para recoger Para entregar Fecha vigente: _____

15. Direccion (b) Calle: _____ # De Apt. : _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 (Marque todo lo que co rresponde) Vivienda Direccion de correo Para recoger Para entregar Fecha vigente: _____

SECCION III: CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

16. Nombre de Contacto (a):
 Primer Nombre _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Macho Hembra

Direccion (a) Calle: _____ # De Apt. : _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____ Telefono de casa: _____ Telefono celular: _____

Relacion con el niño: _____ Telefono de trabajo: _____

Aptitud para hablar ingles: Muy bien Regular No lo habla

17. Nombre de Contacto (b):
 Primer Nombre _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Macho Hembra

Direccion (b) Calle: _____ # De Apt. : _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____ Telefono de casa: _____ Telefono celular: _____

Relacion con el niño: _____ Telefono de trabajo: _____

Aptitud para hablar ingles: Muy bien Regular No lo habla

18. Sospecha o Tiene este niño algun tipo de discapacidad? Si No Si contesta si, explique : _____

Familia esta o estuvo en el ejercito Si No Esta encarcelado el padre ausente? Si No

Como se entero de Head Start*: _____

Fue referido? Si No Si contesto si, de que agencia? _____

Nombre De Niño ELEGIBLE:

FECHA:

SECCION I: DATOS DEMOGRAFICOS BASICOS

1. Nombre de Adulto: <i>Primer Nombre</i> <i>2nd Nombre</i> <i>Apellido</i>			Embarazada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a (Nunca se caso) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				
2. Sobrenombre:	3. Fecha de nacimiento: *	4. Agencia PID#	5. # de Seguro Social:	6. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
7. Telefono de casa:	8. Telefono Celular:		9. Correo electronico:	
10. Telefono de trabajo:	11. Papel en la familia*: <input type="checkbox"/> Padre/Madre Natural <input type="checkbox"/> De Crianza <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Ninguna Relacion			
12. Raza*(marque solo una): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o otro Iseño del Pacifico <input type="checkbox"/> Desonocido <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique abajo) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano			13. Pertenencia etnica (favor especifique abajo): <input type="checkbox"/> PIR A24 a.i. Persona es de origen Hispano o Latino*	
14. Idioma que se habla en el hogar: <i>Primera</i> *: <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otra _____ <i>Segunda</i> : <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otra _____			15. Que tan bien habla ingles esta persona? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No bien <input type="checkbox"/> No lo habla	

SECCION II: EDUCACION

16. El nivel mas alto educativo (seleccione uno)*:		Fecha que termino*:		
<input type="checkbox"/> No completo ningun grado	<input type="checkbox"/> 10mo grado	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (pero no graduado)		
<input type="checkbox"/> Menos que o igual que el 4to grado	<input type="checkbox"/> 11avo grado	<input type="checkbox"/> Grado de titulo de asociado		
<input type="checkbox"/> Del 5to al 8avo grado	<input type="checkbox"/> 12avo grado (sin diploma)	<input type="checkbox"/> Grado de bachillerato (licenciatura)		
<input type="checkbox"/> 9no grado	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Grado de maestria	<input type="checkbox"/> Grado de doctorado	

SECCION III: OCUPACION

17. Principal estado ocupacional de la persona (marque solo uno)*:		Primer dia*:			
<u>Trabajo pagado:</u>	<u>En la escuela tiempo completo y trabaja parcial:</u>	<u>Trabaja tiempo completo y en la escuela tiempo parcial:</u>	<u>En la escuela tiempo completo:</u>		
<input type="checkbox"/> Jornada completa (mas de 30 horas por semana)	<input type="checkbox"/> Para obtener el diploma de secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Para obtener el diploma de secundaria/GED	<input type="checkbox"/> En la escuela		
<input type="checkbox"/> Jornada Parcial	<input type="checkbox"/> Para obtener carrera tecnica / negocios	<input type="checkbox"/> Para obtener carrera tecnica / negocios	<input type="checkbox"/> Para obtener diploma o GED		
<input type="checkbox"/> Por temporada - No agricola	<input type="checkbox"/> Para obtener un titulo universitario	<input type="checkbox"/> Para obtener un titulo universitario	<input type="checkbox"/> Para obtener carrera tecnica		
<input type="checkbox"/> Por temporada - Agricola	<input type="checkbox"/> Para obtener un titulo de postgraduado	<input type="checkbox"/> Para obtener un titulo de postgraduado	<input type="checkbox"/> Para obtener un titulo universitario		
<input type="checkbox"/> Trabaja y asiste a la escuela	<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela y trabaja	<input type="checkbox"/> Trabaja y asiste a la escuela	<input type="checkbox"/> Para obtener titulo de postgraduado		
<input type="checkbox"/> Miembro de los militares estados unidenses	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Otra		
<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Otra			
<u>En un programa de capacitacion laboral:</u>	<u>Desempleado:</u>	<u>Otra:</u>			
<input type="checkbox"/> Programa de capacitacion con pago	<input type="checkbox"/> Con experiencia laboral anterior	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No se aplica			
<input type="checkbox"/> Programa de capacitacion sin pago	<input type="checkbox"/> Sin ninguna experiencia laboral	<input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad			

SECCION IV: RELACION CON EL NIÑO ELEGIBLE

18. Que relacion tiene esta persona con el niño/a elegible?		Para 18: Use los siguientes terminos para especificar la relacion con el niño/a Padre/Madre Natural Tia/Tio Padre/Madre de Crianza Hermano/a Padrastro/Madrastra Hermanastro/medio hermano/a Abuelo/a Otro parentesco Padrino/madrina Ninguna relacion biologica o legal Guardian Legal
Niño elegible # 1	Relacion a este niño/a	
Niño elegible # 2	Relacion a este niño/a	
Niño elegible # 3	Relacion a este niño/a	

No debe tener contacto Autorizado a recibir el niño/a Llamar a esta persona: Primero Segundo (Rodee uno)

SECCION V: USO DE AGENCIA SOLAMENTE - CURRENT PROGRAM ENROLLMENT

Program Applying For:	Program Type:		
Income Eligibility Date::	Status Date:	Status:	Start Date: Class:
Transition Date:	Transferred Date:	Drop Date:	Reason:
Program Applying For:	Program Type:	Center:	
Income Eligibility Date::	Status Date:	Status:	Start Date: Class:
Transition Date:	Transferred Date:	Drop Date:	Reason:

* PIR

Family Information

ELIGIBLE CHILD:

DATE:

SECTION I: FAMILY INFORMATION

Head of Household for this Family:

Migrant Family: Migrant Seasonal Type of Move: Inter-state Intra-state Has Family Moved Within The Past 2 Years (Agricultural): Yes No

1. Family Type (check only one): <input type="checkbox"/> Biological Family <input type="checkbox"/> Foster Family <input type="checkbox"/> Other Family Type <input type="checkbox"/> Other Relative(s)	2. Parent Type (check only one)*: <input type="checkbox"/> Two parent family <input type="checkbox"/> Single parent family (mother figure only) <input type="checkbox"/> Single parent family (father figure only) <input type="checkbox"/> Single parent family (mother figure only) living with partner <input type="checkbox"/> Single parent family (father figure only) living with partner	3. Parent Status (check only one): <input type="checkbox"/> Two Parents, Both Working or Students <input type="checkbox"/> Two Parents, Neither Working or Students <input type="checkbox"/> Two Parents, One Working or Student <input type="checkbox"/> Single Parent, Not Working or Student <input type="checkbox"/> Single Parent Working or Student
---	--	---

4. Types of Services or Financial Services Received (check all that apply)*:

<input type="checkbox"/> No Services Received	<input type="checkbox"/> Food Stamps	<input type="checkbox"/> Medical Assistance (Medicaid/CHIP)	<input type="checkbox"/> Public Assistance/Welfare
<input type="checkbox"/> Child Support / Alimony	<input type="checkbox"/> EPSDT (TANF)	<input type="checkbox"/> Public Housing Assistance	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)
<input type="checkbox"/> Energy Program Assistance	<input type="checkbox"/> Foster Care/Adoption Subsidy	<input type="checkbox"/> Unemployment Insurance	<input type="checkbox"/> WIC
			<input type="checkbox"/> Other (specify): _____

4a. Date Received: _____ Effective date: _____ Termination date: _____ Private Insurance, etc.

5. Family Housing Type (check only one)*:

<input type="checkbox"/> Apartment	<input type="checkbox"/> Homeless/No Housing	<input type="checkbox"/> House	<input type="checkbox"/> Mobile Home/Trailer
<input type="checkbox"/> Community Shelter	<input type="checkbox"/> Hotel/Motel Room	<input type="checkbox"/> Migrant Housing	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____

5a. Date Moved in: _____

6. Family Housing Payment Type (check only one):

<input type="checkbox"/> Exchange Services for Housing	<input type="checkbox"/> Rent Housing	<input type="checkbox"/> Receive subsidized housing
<input type="checkbox"/> Make No Payment for Housing	<input type="checkbox"/> Own Housing	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____

6a. Start Date: _____

<p>7. Family is Homeless*: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>7a. Length of Time Homeless Date From: _____ Date To: _____</p> <p>9. Family Acquired Housing During Enrollment Year*: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>9a. Acquired Housing Date From: _____ Date To: _____</p> <p>11. Comments:</p>	<p>8. Family Currently Has Means of Transportation: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. Family Has Alternate Means of Transportation: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;"><i>Check First box for Primary and Second box for Alternate means of Transportation.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Private Vehicle (car, truck, van)</td> <td><input type="checkbox"/> Friend/Relative's Vehicle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Public Transportation</td> <td><input type="checkbox"/> City Bus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxi</td> <td><input type="checkbox"/> Parent Transport</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> School Bus</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Private Vehicle (car, truck, van)	<input type="checkbox"/> Friend/Relative's Vehicle	<input type="checkbox"/> Public Transportation	<input type="checkbox"/> City Bus	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Parent Transport	<input type="checkbox"/> School Bus	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Private Vehicle (car, truck, van)	<input type="checkbox"/> Friend/Relative's Vehicle								
<input type="checkbox"/> Public Transportation	<input type="checkbox"/> City Bus								
<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Parent Transport								
<input type="checkbox"/> School Bus	<input type="checkbox"/> Other								

SECTION II: PARENT

I certify that information provided is correct to the best of my knowledge and is subject to verification. I am also aware that I may be subject to termination from the program if the information verified disqualifies me from eligibility.

Applicant Signature

Print Name of Applicant

Date: _____

SECTION III: STAFF

Eligibility Determination Statement I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. Furthermore, I attest that I have examined the documents (checked) below and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and Eligibility-Recruitment-Selection-Enrollment-Attendance policies.

Documents Reviewed (check all that apply):

<input type="checkbox"/> 1040 Form	<input type="checkbox"/> W-2 Statement	<input type="checkbox"/> Pay Stubs	<input type="checkbox"/> Income Declaration	<input type="checkbox"/> Unemployment
<input type="checkbox"/> IC Supplement	<input type="checkbox"/> Public Assistance (TANF, ect)	<input type="checkbox"/> Child Care Assistance	<input type="checkbox"/> SSI	
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Grants / Scholarships	<input type="checkbox"/> Foster Care	<input type="checkbox"/> Employment	
<input type="checkbox"/> Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Unemployment Compensation	<input type="checkbox"/> Financial Aid		
<input type="checkbox"/> Documentation of No Income		<input type="checkbox"/> Other		
<input type="checkbox"/> Written Statements from Employer				

SECTION IV: AGENCY SIGNATURES

Center Director's Certification Signature:	Staff's Eligibility Verification Signature:
Certification Date:	Verification Date:
Print Name of Center Director: Weldon T. Beard	Print Name of Staff Member:

NOMBRE De Niño ELEGIBLE: _____

FECHA: _____

NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA: _____

SECCION I: INFORMACION FAMILIAR

Tipo de familia; Migrante / Temporada Migrante Temporada Tipo de Mudanza: Dentro del Estado Fuera de Estado
 Si es MHS, Tiene una mudanza que lo califique en los pasados dos años?: Si No

1. Tipo de Familia (marque solo uno)*: <input type="checkbox"/> Padre/Madre Natural <input type="checkbox"/> Padre/Madre de Crianza <input type="checkbox"/> Otra clase de Familia <input type="checkbox"/> Otros Parientes	2. Tipo de Padres (marque solo uno)*: <input type="checkbox"/> Familia con dos padres <input type="checkbox"/> Familia con un solo padre (solo figura de mama) <input type="checkbox"/> Familia con un solo padre (solo figura de papa) <input type="checkbox"/> Familia con un solo padre (figura de mama) con compañero <input type="checkbox"/> Familia con un solo padre (figura de papa) con compañera	3. Estado Paternal (marque solo uno): <input type="checkbox"/> Dos padres, los dos trabajando o son estudiantes <input type="checkbox"/> Dos padres, ninguno trabajando o estudiantes <input type="checkbox"/> Dos padres, uno trabaja o es estudiante <input type="checkbox"/> Un solo padre, no esta trabajando y no es estudiante <input type="checkbox"/> Un solo padre, trabajando o es estudiante
--	---	---

4. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (marque to lo que se aplica)*:

<input type="checkbox"/> Ne se reciben servicios	<input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos	<input type="checkbox"/> Asistencia Medica (Medicaid, CHIP)	<input type="checkbox"/> Asistencia Publica/Bienestar* fecha _____
<input type="checkbox"/> Pension de niño/alimenticia	<input type="checkbox"/> EPSDT, TANF	<input type="checkbox"/> Asistencia de Vivienda Publica	<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI)*
<input type="checkbox"/> Asistencia Programa Energia	<input type="checkbox"/> Cuidado adoptivo/adopcion	<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> WIC
			<input type="checkbox"/> Otro (especificar): Seguro privado, etc.

4a. Fecha Recibido: De: _____ Hasta: _____

5. Tipo de vivienda (marque solo uno):

<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Desamparado/sin vivienda	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Casa movil
<input type="checkbox"/> Refugio Comunitario	<input type="checkbox"/> Hotel / Motel	<input type="checkbox"/> Vivienda para Migrantes	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____

5a. Desde cuando usted vive aqui? Fecha: _____

6. Arreglo de pago por vivienda (marque solo uno):

<input type="checkbox"/> Servicios en cambio de alojamiento	<input type="checkbox"/> Vivienda de Renta / Alquiler	<input type="checkbox"/> Recibe subsidio para la vivienda
<input type="checkbox"/> No hace ningun pago por la vivienda	<input type="checkbox"/> Vivienda Propia	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____

6a. Desde cuando? Fecha: _____

7. Familia sin vivienda*: Si No

7a. Periodo de tiempo sin vivienda? Fecha: _____ Hasta: _____

9. Familia Adquirio vivienda durante el año de inscripcio: Si No

9a. Adquirio vivienda: Fecha: _____

11. Comentarios: _____

8. La familia tiene medios de transporte: Si No

10. La familia tiene medios de transporte alternativo: Si No

Marque la Primera casilla para transporte principal y Segunda para Alternativos.

<input type="checkbox"/> Vehiculo propio (Auto, camion, van)	<input type="checkbox"/> Auto de amigo/pariente
<input type="checkbox"/> Transporte publico	<input type="checkbox"/> Omnibus de publico
<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Padre/Madre
<input type="checkbox"/> Omnibus escolar	<input type="checkbox"/> Otro

SECCION II: PADRE/MADRE

SECCION III: USO DE AGENCIA

Yo certifico que la informacion provista es correcta hast lo mejor que conozco y esta sujeta a verificacion. Tambien se que puedo estar sujeto a terminacion del programa si la informacion verificada me descalifica de la elegibilidad..

Firma de Apicante

Nombre (Use letra imprenta)

Fecha: _____

Eligibility Determination Statement I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. Furthermore, I attest that I have examined the documents (checked) below and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and Eligibility-Recruitment-Selection-Enrollment Attendance policies.

Documents Reviewed (check all that apply):

<input type="checkbox"/> 1040 Form	<input type="checkbox"/> W-2 Statement	<input type="checkbox"/> Pay Stubs	<input type="checkbox"/> Income Declaration	<input type="checkbox"/> Unemployment
<input type="checkbox"/> IC Supplement	<input type="checkbox"/> Public Assistance (TANF, ect)	<input type="checkbox"/> Child Care Assistance	<input type="checkbox"/> SSI	
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Grants / Scholarships	<input type="checkbox"/> Foster Care	<input type="checkbox"/> Employment	
<input type="checkbox"/> Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Unemployment Compensation	<input type="checkbox"/> Financial Aid		
<input type="checkbox"/> Documentation of No Income		<input type="checkbox"/> Other		
<input type="checkbox"/> Written Statements from Employer				

SECCION IV: USO DE AGENCIA - AGENCY SIGNATURES

Center Director's Certification Signature:	Staff's Eligibility Verification Signature:
Certification Date:	Verification Date:
Print Name of Center Director: Weldon T. Beard	Print Name of Staff Member:

* PIR