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

0 – 5 YEARS OLD

REGISTRATION REQUIREMENTS

(Parent/Legal Guardian Copy)

Documentation for proof of birth, proof of income, parent/guardian picture ID and proof of Miami-Dade County residency is needed at the time of the application submission. This information is used to determine program eligibility. If "yes" was checked on the family circumstances checklist on page 2 of the application you must provide documentation for those items. Staff is available to assist with the completion of the application.

ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT AT TIME OF SUBMISSION:

Proof of Age: • **EHS** - Pregnant women can be any age. Children: Infants and Toddlers up to 36 months • **HS** - Children **must** be at least 3 years old or 3 years old by September 1, or no more than four (4) years old on September 1.	• Birth Certificate • Passport • Signed Hospital Foot Print Certificate • Notarized Affidavit of Age Form • Doctor's statement (pregnant women) • Other related proof of birth document
Proof of parent/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year	• Income Tax Form (1040, W-2, or 1099, etc...) • Pay stubs • Unemployment Compensation • Written statement from employers on letterhead • Supplemental Security Income (SSI) print-out • TANF print-out • Child Support Agency • Income Statement Form • Zero Income Certification Form
Proof of parent/legal guardian identification	• Driver's license/Passport • State issued picture I.D. • Employer issued I.D./Military I.D. • Homeless Shelter I.D.
Proof of Miami-Dade County Residency	• Driver's license • State issued picture I.D. with address listed • Utility Bills (lights, phone, cable, etc.) • Lease/Rental and/or Mortgage Agreement • TANF/SSI/Unemployment Letter
Proof of Disability	• Individualized Educational Plan (IEP) • Individualized Family Support Plan (IFSP)
Proof of Suspected Disability	• Doctor/Therapist evaluations and statements outlining concerns
Proof of Homelessness	• Statement from homeless facility or social worker • Self-reported Statement from Parent/guardian
Proof of Substance Abuse	• Statement from Treatment Program Staff
Proof of Domestic Violence	• Statement from Domestic Violence Agency/Staff • Court Documentation (within the last year)
Proof of ELC-Child Care Subsidy *(EHS-CCP only)*	• ELC-Child Care Subsidy Voucher (with dates of eligibility)
Proof of Student Status	• Current Transcript/Class Schedule
Proof of Education Eight Grade and Below	• Statement from Applicant/Official School Transcript
Proof of Parental Disability	• SSI Recipient Letter/Doctor's Statement
Proof of Pregnancy	• Doctor's statement with expected date of delivery
Proof of Public Housing Residency	• MDPHA Rental/Lease Agreement
Proof of Foster Care-Legal Custody	• Documentation from Foster Care Agency/Court Order
Proof of Legal Guardianship/Custody	• Documentation from the Court System/Custody Order

Parents must verify 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 result in the child being terminated from the program. An incomplete application and missing documentation will delay the enrollment process.

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

Office Use Only
(Checked upon receipt of Documentation)

REGISTRATION REQUIREMENTS

ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT AT TIME AT SUBMISSION:

		Yes	No
Proof of Age: • **EHS** - Pregnant women can be any age. Children: two months to 36 months. • **HS** - Children must be at least 3 years old or 3 years old *by September 1*, or no more than four (4) years old on *September 1*.	• Birth Certificate • Passport • Signed Hospital Foot Print Certificate • Notarized Affidavit of Age Form • Doctor's statement (pregnant women) • Other related proof of birth document		
Proof of parent/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year (2020).	• Income Tax Form (1040, W-2, or 1099, etc...) • Pay stubs • Unemployment Compensation • Written statement from employers on letterhead • Supplemental Security Income (SSI) print-out • TANF print-out • Child Support Agency • Income Statement Form • Zero Income Certification Form		
Proof of parent/legal guardian identification	• 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	• 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	• Individualized Educational Plan (IEP) /IFSP		
Proof of Suspected Disability	• Doctor's Statement outlining concerns		
Proof of Homelessness	• Written Statement from Homeless Facility		
Proof of Substance Abuse	• Written Statement from Treatment Program		
Proof of Domestic Violence	• Written Statement from Domestic Violence Agency • Court Documentation (within the last year)		
Proof of ELC-Child Care Subsidy *(EHS-CCP only)*	• ELC-Child Care Subsidy Voucher (w/ dates of eligibility)		
Proof of Student Status	• Current transcript		
Proof of Education eight grade and below	• Written Statement from applicant/School Transcript		
Proof of Parental Disability	• Written SSI recipient letter/Doctor's statement		
Proof of Pregnancy	• Written Medical Documentation (current)		
Proof of Public Housing Residency	• MDPHA Written Rental/Lease Agreement		
Proof of Foster Care/Legal Custody	• Documentation from Foster Care Agency/Court Order		
Proof of Guardianship/Legal Custody	• Documentation from Court System/Custody Court Order		

Parents must 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** _____

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

FAMILY MEMBER INFORMATION

Child's Name			**Date of Birth**	☐ Head Start ☐ Early Head Start ☐ EHS-CCP
First	Middle	Last		**Center applying for:**

Primary Adult (Parent/Legal Guardian)				
First	Middle	Last	Birthdate	Gender ☐ Male ☐ Female

Race	**Ethnicity**	**Language Proficiency**
☐ Asian ☐ Black or African American ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Bi-racial/Multi-racial	☐ Hispanic or Latino Origin ☐ Non-Hispanic or Latino Origin **Nationality:**_____	**English** ☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient **Other Language Spoken:**_____ ☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient
Education	**Employment**	**Job Training/School**
☐ An advanced degree or baccalaureate degree ☐ An associate degree, vocational school, or some college ☐ High school graduate or GED ☐ 9th – 12th grade ☐ Less than 8th grade	☐ **EMPLOYED** Where? _____ ☐ Full-time (35 hours or more) ☐ Part-time (35 hours or fewer) ☐ **UNEMPLOYED/Not working as of:**_____ Are you: ☐ Retired or ☐ Disabled Are you receiving SSA or SSI? _____	☐ Is in job training or school ☐ Is **NOT** in job training or school

Child's Relationship: ☐ Biological/Adopted/Step ☐ Foster Parent ☐ Grandparent ☐ Other Relative ☐ Legal Guardian ☐ Custody ☐ Lives with Family ☐ Provides Financial Support ☐ Teen Parent ☐ Subsidized

Is there a current order of protection or no contact order which concerns this child? ☐ Yes ☐ No

Email Address: _____@_____

Secondary Adult (Parent/Legal Guardian)				
First	Middle	Last	Birthdate	Gender ☐ Male ☐ Female

Race	**Ethnicity**	**Language Proficiency**
☐ Asian ☐ Black or African American ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Bi-racial/Multi-racial	☐ Hispanic or Latino Origin ☐ Non-Hispanic or Latino Origin **Nationality:**_____	**English** ☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient **Other Language Spoken:**_____ ☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient
Education	**Employment**	**Job Training/ School**
☐ An advanced degree or baccalaureate degree ☐ An associate degree, vocational school, or some college ☐ High school graduate or GED ☐ 9th – 12th grade ☐ Less than 8th grade	☐ **EMPLOYED** Where? _____ ☐ Full-time (35 hours or more) ☐ Part-time (35 hours or fewer) ☐ **UNEMPLOYED/Not working as of:** _____ Are you: ☐ Retired or ☐ Disabled Are you receiving SSA or SSI? _____	☐ Is in job training or school ☐ Is **NOT** in job training or school

Child's Relationship: ☐ Biological/Adopted/Step ☐ Foster Parent ☐ Grandparent ☐ Other Relative ☐ Legal Guardian ☐ Custody ☐ Lives with Family ☐ Provides Financial Support ☐ Teen Parent ☐ Subsidized

Is there a current order of protection or no contact order which concerns this child? ☐ Yes ☐ No

Email Address: _____@_____

Current Telephone/Address Information for Parent/Guardian

Living Address:	**City:**	**State:** FL	**Zip Code:**	**County:** Miami-Dade
Mailing Address (if different):	**City:**	**State:**	**Zip Code:**	**County:**

Phone Number(s)	**Home/Work/Cellular**	**Relationship to child**	**Opt-In Text**
			☐ Yes ☐ No
			☐ Yes ☐ No

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

FAMILY INFORMATION

Child's Name			Date of Birth	☐ Head Start ☐ Early Head Start ☐ EHS-CCP	
First	Middle	Last		Center applying for:	
Number in Household	Number in Family (Supported by the income of parent or guardian)	Total Number of Children	Age(s) 0-3	Age(s) 4-5	Age(s) 6 & above

Parental Status:
☐ One parent ☐ Two parents
**Legal Documentation is required to enroll child.*

Primary Language of Family at Home:
☐ English ☐ Spanish ☐ European Slavic ☐ Creole ☐ African ☐ Pacific Island
☐ East Asian ☐ Middle Eastern & South Asian ☐ Native North American /Alaskan
☐ North/Central American, South American ☐ Other, must specify: _____

Eligibility Verification

Homeless: ☐ Yes ☐ No **Active Military:** ☐ Yes ☐ No **Military Veterans:** ☐ Yes ☐ No **Referred by Child Welfare Agency:** ☐ Yes ☐ No
TANF: ☐ Yes ☐ No ☐ Formerly **SSI:** ☐ Yes ☐ No **Receiving SNAP/Food Stamps:** ☐ Yes ☐ No **WIC:** ☐ Yes ☐ No **WIC ID#:** _____

Head Start/Early Head Start STAFF USE ONLY

Eligibility Verified by: **Eligibility Verification Date:**

Name of Parent/Legal Guardian	Amount	Frequency	Description	Verification of Income Source
		☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Monthly ☐ Annually		
		☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Monthly ☐ Annually		
		☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Monthly ☐ Annually		

Please specify in the Verification column to the left.
Earned Income: 1040, W2, Paystubs, Employer letter, Social Security Pension/Retirement or Disabled, Unemployment Compensation, etc.
Unearned Income: Public Assistance (i.e. TANF or SSI), Foster Care Court Order/Reimbursement, Certification of Zero Income, Court Ordered Child Support/ Alimony, etc.

Total Income:

Eligibility Notes:

EMERGENCY CONTACTS:

Name	Relationship	Release to	Address	Phone #
		☐ Yes ☐ No		
		☐ Yes ☐ No		
		☐ Yes ☐ No		

FAMILY CIRCUMSTANCES: (please complete carefully)

Place check ☑ in appropriate box		Yes	No	Place check ☑ in appropriate box	Yes	No
Documented Pregnant Woman				Documented –Referred for services by a child welfare agency		
Documented Public Housing Resident (MPHA)				Documented Substance abuse		
Homelessness	Length of time homeless:			Displaced families due to disasters		
	Agency Name:					
Documented Domestic Violence				Documented Parental Disability		
Returning Sibling(s) in Head Start/Early Head Start				Documented ELC-Child Care Subsidy *(EHS-CCP only)*		

Application Referral Source:
☐ Early Learning Coalition ☐ MCI ☐ Community Outreach ☐ Early Steps/FDLRS ☐ Court-Ordered Referral ☐ Self-Referral
☐ Department of Children & Families ☐ Early Head Start ☐ Family/Friend ☐ Former Parent ☐ Hospital/Health Clinic ☐ Hotline
☐ Healthy Start ☐ Public Housing ☐ Public or Private Non-Profit Organization ☐ Public Schools ☐ Youth Fair ☐ WIC
☐ Resource & Referral Agency ☐ CareerSource ☐ Unemployment Agency ☐ HS/EHS Flyer ☐ Flyer on Bus/Train/Billboard
☐ Social Media (FB, Twitter, Instagram, TikTok, etc...) ☐ CVAC Program
☐ Other (Please, specify): _____

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

CHILD INFORMATION

First	Middle	Last Name	Nickname	Suffix	☐ Head Start ☐ Early Head Start ☐ EHS-CCP
					Center applying for:

Birthdate:	Gender: ☐ M ☐ F	Was this child born premature? ☐ Yes ☐ No # of Weeks Premature _____	Source of age verification: ☐ Birth Certificate ☐ Passport ☐ Doctor Statement (Pregnant Woman) ☐ Notarized Affidavit of Age ☐ Other (Specify):

Race:
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaskan Native
- ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander
- ☐ White
- ☐ Bi-racial/Multi-racial

Ethnicity:
- ☐ Hispanic or Latino Origin
- ☐ Non-Hispanic or Latino Origin

Nationality:_____

English Proficiency:
☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient

Other Language Spoken:
☐ None ☐ Poor ☐ Moderate ☐ Proficient

Primary Health Coverage:
- ☐ Children Health Insurance Program (CHIP)
- ☐ Combined Medicaid/CHIP
- ☐ Medicaid
- ☐ No Insurance
- ☐ Other
- ☐ Private Health Insurance
- ☐ State-only funded Insurance

Other Health Coverage:
- ☐ Children Health Insurance Program (CHIP)
- ☐ Combined Medicaid/CHIP
- ☐ Medicaid
- ☐ No Insurance
- ☐ Other
- ☐ Private Health Insurance
- ☐ State-only funded Insurance

Health Insurance Name:
_____

Medicaid Eligibility Status:
- ☐ Not Eligible
- ☐ On Medicaid
- ☐ Potentially Eligible

Medicaid Number:_____

Health Coverage:

Health Insurance #:_____

Doctor/Medical Home (Pediatrician's Name):
_____

Dental Coverage:

Dental Insurance Name: _____

Dental Insurance #:_____

Dentist/Dental Home (Dentist's Name):
_____

Health Services

Assistive Devices Used: ☐ N/A ☐ PE Tubes ☐ Glasses ☐ Contact Lenses ☐ Crutches ☐ Walker ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ Braces ☐ Hearing Aides

Continuous Medical Care: ☐ Yes ☐ No **Continuous Dental Care:** ☐ Yes ☐ No

Does your child receive medical treatment for: ☐ N/A ☐ Anemia ☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ High Lead Level ☐ **Other, please describe below:**

List all known allergies, dietary needs or other medical/dental areas of concerns: ☐ None known **Describe concerns:**

Special Needs/Disability

Miami-Dade County Public School Diagnosed Disability Evaluation-Individualized Education Plan (IEP):	☐ No ☐ Yes	**If YES Date:** / /	
Early Steps Program-Individualized Family Support Plan (IFSP)	☐ No ☐ Yes	**If YES, Date:**	
Professional Diagnosis (speech therapy, occupational, etc.)	☐ No ☐ Yes	**If YES, Date:**	
Do you have any concerns regarding your child's behavior or development?	☐ No ☐ Yes	**If YES, please explain:**	

Other Family Members (Supported by the income of the parent or legal guardian)

Adult/Child	Last	First	Birthdate	Gender	Relationship to child
☐ Adult ☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Adult ☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Adult ☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Adult ☐ Child				☐ Male ☐ Female	
☐ Adult ☐ Child				☐ Male ☐ Female	

Verification (Signature required) PLEASE READ BEFORE SIGNING

I verify that the information provided in this application package, (including the proof of age and income provided for eligibility determination) is accurate and truthful to the best of my knowledge. I understand that this is an application for services that are paid for with federal funds and that intentionally providing misleading, inaccurate or untruthful information could result in the disenrollment of my child from the Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start Child Care Partnership Program and could have serious legal consequences for me.

Print Parent/Legal Guardian Name:	Parent/ Legal Guardian Signature:	Date

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

DE 0 A 5 AÑOS

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN *(copia para el padre/madre/tutor legal)*

En el momento de la solicitud de admisión, se requiere presentar prueba de nacimiento, prueba de ingreso, identificación con foto del padre/madre/tutor y una prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade. Esta información se utiliza para determinar su idoneidad para participar en el programa. Si marcó "sí" en la lista de verificación de circunstancias familiares en la página 2 de la solicitud, es necesario que presente documentos de esos elementos. El personal estará a su disposición para ayudarle a llenar la solicitud.

TODOS LOS DOCUMENTOS TIENEN QUE ESTAR VIGENTES EN EL MOMENTO DE PRESENTARLOS:

Prueba de edad: • **EHS** - Las mujeres embarazadas pueden tener cualquier edad. Los niños: Bebés y Niños Pequeños hasta 36 meses. • **HS** - Los niños deben tener al menos 3 años de edad o 3 años de edad antes del 1 de septiembre, o no más de cuatro (4) años de edad el 1 de septiembre.	• Certificado de nacimiento • Pasaporte • Certificado de impresión de pies del hospital firmado • Formulario de Declaración Jurada Notariada de Edad • Declaración del médico (mujeres embarazadas) • Otra prueba relacionada del documento de nacimiento
Prueba del ingreso bruto del padre/madre/tutor legal de los últimos 12 meses o el último año calendario	• Formulario de Impuesto sobre la Renta 1040, W-2, o 1099, etc. • Talones de pago • Compensación por Desempleo • Declaración escrita de los empleadores con membrete • Impresión de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus información) • Impresión TANF • Agencia de Manutención de Niños • Formulario de Estado de Cuenta de Ingresos • Formulario de Certificación de Ingreso Cero
Prueba de identificación del padre/madre/tutor legal	• Licencia de conducción/Pasaporte • Identificación con foto, emitida por el estado • Identificación emitida por el empleador o identificación militar. • Identificación del refugio para desamparados
Prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade	• Licencia de conducción • Identificación con foto y dirección, emitida por el estado • Facturas de servicios públicos (electricidad, teléfono, cable, etc. • Contrato de arrendamiento, alquiler y/o hipoteca • Carta de Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF)/ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)/Carta como constancia de desempleo
Prueba de discapacidad	• Plan Educativo Individualizado (IEP) • Plan de Asistencia Familiar Individualizado(IFSP)
Prueba de presunción de discapacidad	• Evaluaciones y declaraciones del médico/terapista, que describan sus inquietudes
Prueba de verificación desamparo/sin hogar	• Documento de la instalación para desamparados o trabajador social • Informe creado por el madre/madre/tutor
Prueba de consumo de sustancias tóxicas	• Informe del personal del programa de tratamiento
Constancia de violencia doméstica	• Declaración de la agencia/personal de asistencia a víctimas de violencia doméstica • Documentos proporcionados por el tribunal (del año anterior)
Prueba de la Coalición de Aprendizaje Temprano (ELC)- Subsidios para el cuidado infantil *(EHS-CCP solamente)*	• ELC- Comprobante del subsidio para atención infantil (con fechas de elegibilidad)
Prueba de condición de estudiante	• Transcripción vigente/Horario académico de clases
Prueba de educación, 8vo grado y grados inferiores	• Declaración del solicitante/Transcripción académica oficial
Prueba de discapacidad de los padres	• Carta del beneficiario de SSI/Declaración del médico
Constancia de embarazo	• Declaración del médico con la fecha de parto prevista
Prueba de residencia en vivienda pública	• Contrato de alquiler/arrendamiento con la Agencia de Vivienda Pública de Miami-Dade (MDPHA)
Prueba de cuidado de acogida/custodia legal	• Documentos de la Agencia de Cuidados de Acogida/Orden de protección
Prueba de tutela/protección legal	• Documento del sistema judicial/Orden de protección

Es necesario que los padres verifiquen que la información proporcionada en la solicitud y en los documentos acreditativos sea fiel y exacta y que se declaren todas las fuentes de ingreso de los padres/tutores legales. La tergiversación intencional de toda información proporcionada puede conllevar a que se suspenda la participación del menor en el programa. Los trámites de inscripción demorarán si la solicitud está incompleta o si faltan documentos. _____

Konte Miami-Dade
Depatman Aksyon Kominotè ak Sèvis Sosyal
Pwogram Head Start/Early Head Start
DEMANN ADMISYON

0 – 5 AN

KONDISYON YO POU ENSKRIPSYON *(Kopi Paran/Gadyen Legal la)*

Ou dwe bay dokimantasyon pou prèv nesans, prèv revni, yon pyès idantite ki gen foto Paran/Gadyen an ak prèv rezidans nan Konte Miami-Dade lè ou pote demann admisyon an. Enfòmasyon sa yo sèvi pou detèmine kalifikasyon pou pwogram nan. Si ou te make "wi" nan ès kontwòl sikonstans fanmi an sou paj 2 demann nan ou dwe bay dokimantasyon pou bagay sa yo. Pèsonèl la disponib pou ede ou ranpli demann nan.

TOUT DOKIMAN YO DWE AJOU NAN MOMAN W AP SOUMÈT YO A:

Prèv Laj: • **EHS** – Fi ansent kapab gen nenpòt ki laj. Timoun: Depi lè yo fèt jiska laj 3 zan apre 1ye septanm 2019. • **HS** – Timoun yo **dwe** gen omwen 3 zan nan dat oswa anvan 1ye septanm: , oswa pa gen plis pase senk (5) an apre 1ye septanm.	• Batiste • Paspo • Siyen sètifika pye enprime lopital • Form Afidavi Afidavi Notarized Laj la • Deklarasyon Dokte a (fanm ansent) • Lot prev ki gen rapo ak dokiman nesans
Prèv revni brit paran/gadyen legal la pou 12 mwa ki sot pase yo oswa dènye ane kalandriye a	• Form Taks Sou Revni (1040, W-2, oswa 1099, elatriye ...) • Souch chek peman • Konpansasyon Chomaj • Deklarasyon Anplwaye ekri sou let • Revni Sekirite Siplemante (SSI) enprime • TANF enprime-ekri an let detache • Ajans Pou Sipo Timoun • Form Deklarasyon Sou Revni • Form Setifikasyon Revni Zewo
Prèv Idantifikasyon Paran an/Gadyen Legal la	• Lisans chofè /Paspò • Kat idantite avèk foto eta a emèt • Kat idantite anplwayè a emèt/Kat idantite militè • Kat idantite Sant Akèy pou Sanzazil la
Prèv Rezidans nan Konte Miami-Dade	• Lisans chofè • Kat idantite avèk foto eta-a emèt avèk adrès sou li • Bòdwo Sèvis Piblik (limyè, telefòn, kab, elatriye) • Kontra Lokasyon ak/oswa Prè Ipotekè • Lèt TANF/SSI/Chomaj
Prèv Andikap	• Plan Ansèyman Endividyalize (IEP) • Plan Sèvis Endividyèl ak Familyal IFSP
Prèv Andikap yo Sispèk	• Evalyasyon ak deklarasyon doktè/terapis la k ap dekri enkyetid yo
Prèv Absans Domisil	• Deklarasyon yon etablisman pou sanzazil oswa yon travayè sosyal • Deklarasyon Paran/gadyen an
Prèk Toksikomani	• Deklarasyon Pèsonèl Pwogram Tretman an
Prèv Vyolans Familyal	• Deklarasyon Òganis/Pèsonèl ki okipe Vyolans Familyal la • Dokimantasyon Tribinal (pandan ane ki sot pase a)
Prèv ELC-Sibvansyon pou Gadri *(EHS-CCP sèlman)*	• ELC-Bon Sibvansyon pou Gadri (avèk dat kalifikasyon yo)
Prèv Estati Etidyan	• Relvednòt Ajou /Orè Kou
Prèv Edikasyon Wityèm Ane ak Pi Ba	• Deklarasyon Kandida a /Relvednòt Eskolè Ofisyèl
Prèv Andikap Paran	• Lèt Benefisyè SSI /Deklarasyon Doktè
Prèv Gwosès	• Deklarasyon doktè a avèk dat yo prevwa pou akouchman an
Prèv Rezidans nan Lojman Piblik	• Kontra Lokasyon MDPHA
Prèv Swen nan Fwaye Dakèy-Gad Legal	• Dokimantasyon nan men Òganis Swen nan Fwaye Dakèy la/Òdonans Gad la
Prèv Gad Legal	• Dokimantasyon nan men Sistèm Tribinal la /Òdonans Gad la

Paran yo dwe verifye enfòmasyon yo bay sou demann admisyon an ak dokimantasyon dapwi an vre ak kòrèk epi yo rapòte tout revni paran/gadyen legal la(yo). Nenpòt ki fo enfòmasyon ou fè ekspre soumèt gen dwa gen kòm konsekans yo mete timoun nan deyò nan pwogram nan. Demann admisyon enkonplè ak dokimantasyon ki manke ap retade pwosesis enskripsyon an. _____

Konte Miami-Dade
Depatman Aksyon Kominotè ak Sèvis Sosyal
Pwogram Head Start/Early Head Start
DEMANN ADMISYON

ENFÒMASYON SOU MANM FANMI AN

Non Timoun nan			**Dat li Fèt**	☐Head Start ☐Early Head Start ☐EHS-CCP
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi		**Pou ki sant l ap mande admisyon:**

Non Granmoun Prensipal la (Paran/Gadyen Legal)				
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi	Dat li Fèt	Sèks ☐ Gason ☐ Fi

Ras	**Etnisite**	**Metriz Lang**
☐ Azyatik ☐ Nwa oswa Afwo-Ameriken ☐ Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska ☐ Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik ☐ Blan ☐ Metis	☐ Orijin Ispanik oswa Latino ☐ Orijin ki pa Ispanik ni Latino **Nasyonalite:**_____	**Angle** ☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere ☐ Konpetan **Lòt Lang Li Pale:**_____ ☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere ☐ Konpetan
Edikasyon	**Anplwa**	**Fòmasyon Pwofesyonèl/Lekòl**
☐ Yon diplòm etid siperyè oswa yon lisans ☐ Yon diplòm etid dezan, lekòl pwofesyonèl, oswa pa fini kolèj ☐ Gradye dezyèm sik segondè oswa fè GED ☐ 9ièm – 12yèm ane ☐ Pi ba pase 8yèm ane	☐ **ANPLWAYE** Ki kote? _____ Dat li te kòmanse _____ o A plentan (omwen 35 èdtan) o A tan pasyèl (35 èdtan pou piplis) ☐ **CHOMAJ/pa travay kom :** _____ (sa vle di p ap travay, li retrete, oswa li andikape)	☐ Li nan fòmasyon pwofesyonèl oswa nan lekòl ☐ Li **PA** nan fòmasyon pwofesyonèl ni nan lekòl

Relasyon avèk Timoun nan: ☐ Byolojik/Adopte/Bofis/Bèlfi ☐ Paran Dakèy ☐ Granparan ☐ Lòt Fanmi ☐ Gadyen Legal ☐ Gad ☐ Rete avèk Fanmi li ☐ Bay Soutyen Finansye ☐ Paran Adolesan ☐ Sibvansyone

Èske gen yon òdonans pwoteksyon oswa yon òdonans entèdiksyon kominike ki gen pou wè avèk timoun sa a kounye a? ☐ Wi ☐ Non

Adrès Imèl: _____ @ _____

Dezyèm Granmoun nan (Paran/Gadyen Legal)				
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi	Dat li Fèt	Sèks ☐ Gason ☐ Fi

Ras	**Etnisite**	**Metriz Lang**
☐ Azyatik ☐ Nwa oswa Afwo-Ameriken ☐ Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska ☐ Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik ☐ Blan ☐ Metis	☐ Orijin Ispanik oswa Latino ☐ Orijin ki pa Ispanik ni Latino **Nasyonalite:**_____	**Angle** ☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere ☐ Konpetan **Lòt Lang Li Pale:**_____ ☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere ☐ Konpetan
Edikasyon	**Anplwa**	**Fòmasyon Pwofesyonèl/Lekòl**
☐ Yon diplòm etid siperyè oswa yon lisans ☐ Yon diplòm etid dezan, lekòl pwofesyonèl, oswa pa fini kolèj ☐ Gradye dezyèm sik segondè oswa fè GED ☐ 9ièm – 12yèm ane ☐ Pi ba pase 8yèm ane	☐ **ANPLWAYE** Ki kote? _____ Dat li te kòmanse _____ o A plentan (omwen 35 èdtan) o A tan pasyèl (35 èdtan pou piplis) ☐ **CHOMAJ/pa travay kom:** _____ (sav le di p ap travay, li retrete, oswa li andikape)	☐ Li nan fòmasyon pwofesyonèl oswa nan lekòl ☐ Li **PA** nan fòmasyon pwofesyonèl ni nan lekòl

Relasyon avèk Timoun nan: ☐ Byolojik/Adopte/Bofis/Bèlfi ☐ Paran Dakèy ☐ Granparan ☐ Lòt Fanmi ☐ Gadyen Legal ☐ Gad ☐ Rete avèk Fanmi li ☐ Bay Soutyen Finansye ☐ Paran Adolesan ☐ Sibvansyone

Èske gen yon òdonans pwoteksyon oswa yon òdonans entèdiksyon kominike ki gen pou wè avèk timoun sa a kounye a? ☐ Wi ☐ Non

Adrès Imèl: _____ @ _____

Enfòmasyon Ajou sou Telefòn/Adrès Paran/Gadyen an

Adrès Rezidans:	**Vil:**	**Eta:** FL	**Zip Kòd:**	**Konte:** Miami-Dade
Adrès Postal (si li diferan):	**Vil:**	**Eta:**	**Zip Kòd:**	**Konte:**

Nimewo Telefòn	**Lokay/Travay/Selilè**	**Relasyon avèk Timoun nan**	**Vle Resevwa Tèks**
			☐ Wi ☐ Non
			☐ Wi ☐ Non

Konte Miami-Dade
Depatman Aksyon Kominotè ak Sèvis Sosyal
Pwogram Head Start/Early Head Start
DEMANN ADMISYON

ENFÒMASYON SOU FANMI AN

Non Timoun nan			**Dat li Fèt**	☐Head Start ☐Early Head Start ☐EHS-CCP	
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi		**Pou ki sant l ap mande admisyon:**	
Kantite Moun ki Rete nan Kay la	**Kantite Moun nan anmi an** (Se revni paran an oswa gadyen an ki soutni yo)	**Kantite Total Timoun**	**Laj 0-3**	**Laj 4-5**	**Laj ormwen 6 zan**

Kantite Paran:	**Lang Prensipal Fanmi an Lakay:**
☐ Yon paran ☐ De paran ** Ou dwe bay dokiman jiridik pou ensiti timoun nan.*	☐ Angle ☐ Panyòl ☐ Slav Ewopeyen ☐ Kreyòl ☐ Afriken ☐ Zil Pasifik ☐ Lazi de Lès ☐ Mwayennoryan ak Lazi di Sid ☐ Endyen Ameriken /Natif Natal Alaska ☐ Amerik di Nò/Santral, Amerik di Sid ☐ Lòt, dwe presize: _____

Verifikasyon Kalifikasyon

Sanzazil: ☐ Wi ☐ Non **Militè Aktif:** ☐ Wi ☐ Non **Ansyen Konbatan Militè:** ☐ Wi ☐ Non **Se yon Òganis Pwoteksyon Timoun ki te refere w:** ☐Wi ☐Non
TANF: ☐ Wi ☐ Non ☐ Anvan sa **SSI:** ☐ Wi ☐ Non **Ap Resevwa SNAP/Bon Alimantè:** ☐ Wi ☐ Non **WIC:** ☐ Wi ☐ Non **Nim. WIC:**_____

POU PÈSONÈL Head Start/Early Head Start la SÈLMAN

Moun ki Verifye Kalifikasyon an: **Dat Verifikasyon Kalifikasyon an:**

Sous Revni yo (Paran an/Gadyen Legal la)	**Montan**	**Kantite Fwa**	**Deskripsyon**	**Verifikasyon**
		☐ Chak semèn ☐ Chak 2 semèn ☐ Chak mwa ☐ Chak ane		
		☐ Chak semèn ☐ Chak 2 semèn ☐ Chak mwa ☐ Chak ane		
		☐ Chak semèn ☐ Chak 2 semèn ☐ Chak mwa ☐ Chak ane		

Tanpri presize pi wo a non **Sous Revni yo**
Revni Travay: 1040, W-2, Souch Chèk Salè, Lèt anpliwayè, Pansyan/Retrèt Sekirite Sosyal, Alokasyon Chomaj, Soutnans/Pansyon Alimantè Tribinal Òdone, elatriye.
Lojan ki pa fèt nan Travay: Asistans Piblik (tankou TANF oswa SSI), Òdonans Tribinal/Rambòsman pou Swen nan Fwaye Dakèy, Sètifikasyon Zewo revni, elatriye.

Revni Total:

Nòt sou Kalifikasyon an:

Kontak nan Ka Ijans:

Non	**Relasyon**	**Remèt Timoun nan ba li**	**Adrès**	**Nim. Telefòn**
		☐ Wi ☐ Non		
		☐ Wi ☐ Non		
		☐ Wi ☐ Non		

SIKONSTANS FANMI AN: (tanpri ranpli byen)

Tanpri make ☑ nan espas apwopriye a	**Wi**	**Non**	Tanpri make ☑ nan espas apwopriye a	**Wi**	**Non**
Fi Ansent Dokimante			Yon òganis pou byennèt timoun bay referans pou sèvis yo - Dokimante		
Rezidan Lojman Piblik (MPHA) Dokimante			Toksikomani Dokimante		
Absans Domisil — Depi konbyen lan ou pa gen kay : / Non Òganis la:			Fanmi ki deplase poutèt katastwòf		
Vyolans Familyal Dokimante			Andikap Paran Dokimante		
Frè/Sè k ap Refounen nan Head Start/EHS			Sibvansyon pou ELC-Bon pou Gadri Dokimante (***EHS-CCP sèlman***)		

Sous ki Rekòmande Fè Demann nan:

☐ Early Learning Coalition ☐ MCI ☐ Apwòch Kominotè ☐ Early Steps/FDLRS ☐ Referans Tribinal Òdone
☐ Aksè San Rekòmandasyon ☐ Depatman Timoun ak Fanmi ☐ Early Head Start ☐ Fanmi/Zanmi ☐ Ansyen Paran ☐ Lopital/Dispansè ☐ Liy Èd Telefonik ☐ Healthy Start ☐ Lojman Piblik ☐ Òganizasyon Piblik oswa Prove ki Pa Gen Bi Fè Pwofi ☐ Lekòl Piblik ☐ Fwa Lajenès ☐ WIC ☐ Òganis Resous ak Referans ☐ CareerSource ☐ Biwo Chomaj ☐ Enprime HS/EHS ☐ Reklam sou Otobis/Tren/Panno Piblisitè ☐ Social Media (FB, Twitter, Instagram, TikTok, etc...) ☐ CVAC Program

☐ Lòt (Tanpri, presize):_____

Konte Miami-Dade
Depatman Aksyon Kominotè ak Sèvis Sosyal
Pwogram Head Start/Early Head Start
DEMANN ADMISYON

ENFÒMASYON SOU TIMOUN NAN

Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi	Ti non	Sifiks	☐Head Start ☐Early Head Start ☐EHS-CCP
					Pou ki sant l ap mande admisyon :
Bat li fèt:	Sèks: ☐ G ☐ F	Èske timoun sa a te fèt twò bonè? ☐ Wi ☐ Non # Semèn Twò Bonè	Sous verifikasyon laj la: ☐ Ak Nesans ☐ Paspò ☐ Deklarasyon Doktè (Fi Ansent) ☐ Afidavi Laj Nonatye ☐ Lòt(Presize):		

Ras:
☐ Azyatik
☐ Nwa oswa Afwo-Ameriken
☐ Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska
☐ Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik
☐ Blan
☐ Metis

Etnisite:
☐ Orijin Ispanik oswa Latino
☐ Orijin ki pa Ispanik ni Latino
Nasyonalite:_____

Metriz Angle:
☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere
☐ Konpetan

Lòt Lang Li Pale:
☐ Ankenn ☐ Fèb ☐ Modere
☐ Konpetan

Asirans Maladi Prensipal:
☐ Children Health Insurance Program (CHIP)
☐ Medicaid/CHIP Konbine
☐ Medicaid
☐ Li Pa Gen Asirans
☐ Lòt
☐ Asirans Maladi Prive
☐ Asirans ki finanse nan Eta a sèlman

Lòt Asirans Maladi:
☐ Children Health Insurance Program (CHIP)
☐ Medicaid/CHIP Konbine
☐ Medicaid
☐ Li Pa Gen Asirans
☐ Lòt
☐ Asirans Maladi Prive
☐ Asirans ki finanse nan Eta a sèlman

Non Asirans Maladi a:
_____

Estati Kalifikasyon li pou Medicaid:
☐ Li Pa Kalifye
☐ Li Gen Medicaid
☐ Li Posib pou Li Kalifye

Nimewo Medicaid: _____

Asirans Maladi:

Nim. Asirans Maladi a:_____

Doktè/Fwaye Medikal (Non Pedyat la):
_____

Asirans Dantè:

Non Asirans Dantè a: _____

Nim. Asirans Dantè a:_____

Dantis/Fwaye Dantè (Non Dantis la):
_____

Sèvis Sante

Akseswa Èd Li Itilize: ☐ N/A ☐ Tib pou Egalizasyon Presyon ☐ Linèt ☐ Lantiy Kontak ☐ Bekl ☐ Wòkè ☐ Baton ☐ Chèz Woulan ☐ Aparèy Òtopedik ☐ Aparèy pou Tande

Swen Medikal Kontini: ☐ Wi ☐ Non **Swen Dantè Kontini:** ☐ Wi ☐ Non

Èske pitit ou a ap resevwa tretman medikal pou: ☐ N/A ☐ Anemi ☐ Opresyon ☐ Dyabèt ☐ Nivo Plon Elve ☐ **Lòt, tanpri dekri pi ba a:**

Bay lis tout alèji ou konnen, bezwen alimantè li oswa lòt domèn medikal/dantè k ap bay traka: ☐ Ou pa konn ankenn **Dekri sa k ap frakase w yo:**

Bezwen Espesyal/Andikap

Evalyasyon yon Andikap Lekòl Piblik Konte Miami-Dade Dyagnostike –Plan Ansèyman Endividyalize (IEP)	☒ Non ☐ Wi	**Si se Wi, Dat:** / /
Pwogram Early Steps-Plan Sèvis Endividyèl ak Familyal (IFSP) (IFSP)	☐ Non ☐ Wi	**Si se Wi, Dat :**
Dyagnostik Pwofesyonèl (òtofoni, terapi pou aktivite toulejou, elatriye)	☐ Non ☐ Wi	**Si se Wi, Dat :**

Lòt Manm Fanmi (Ki resevwa soutyen revni paran oswa gadyen legal la)

Granmoun/Timoun	Nan Fanmi	Non Batèm	Dat li Fèt	Sèks	Relasyon avèk Timoun nan
☐ Granmoun ☐ Timoun				☐ Gason ☐ Fi	
☐ Granmoun ☐ Timoun				☐ Gason ☐ Fi	
☐ Granmoun ☐ Timoun				☐ Gason ☐ Fi	
☐ Granmoun ☐ Timoun				☐ Gason ☐ Fi	
☐ Granmoun ☐ Timoun				☐ Gason ☐ Fi	

Verifikasyon (Siyati an obligatwa) TANPRI LI ANVAN W SIYEN

Mwen verifye enfòmasyon ki nan dosye demann admisyon sa a. [sa gen ladan prèv laj ak revni mwen bay pou detèminasyon kalifikasyon an) kòrèk ak vre dapre sa mwen konnen. Mwen konprann se yon demann sèvis ki peye gras a fon federal epi si mwen fè ekspre bay enfòmasyon ki twonpe, ki enkòrèk oswa ki fo sa ta kapab gen kòm konsekans yo mete pitit mwen an deyò nan Pwogram Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start Child Care Partnership la epi sa ta kapab genyen konsekans jridik grav pou mwen.

Non Paran an/Gadyen Legal la an lèt detache:	Siyati Paran an/ Gadyen Legal la:	Dat

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

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre del menor			Fecha de nac.	☐Head Start ☐Early Head Start ☐EHS-CCP
Nombre	2do nombre	Apellido		**Centro para el que se hace la solicitud:**

Adulto principal (madre/madre/tutor legal)				
Nombre	2do nombre	Apellido	Fecha de nac.	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza	**Origen étnico**	**Dominio del idioma**
☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Indo-americana o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Blanca ☐ Biracial/Multirracial	☐ Origen hispano o latino ☐ Origen no hispano o latino **Nacionalidad:**_____	**Inglés** ☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente **Otro(s) idioma(s) Hablado:**_____ ☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente
Educación	**Empleo**	**Capacitación laboral/Escuela**
☐ Grado académico avanzado o título de bachiller ☐ Título de Asociado, escuela vocacional o estudios universitarios ☐ Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) ☐ 9no – 12do grado ☐ Inferior a 8vo grado	☐ **EMPLEADO** ¿Dónde? _____ Fecha de inicio _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) ☐ **DESEMPLEADO a partir de**_____ (por ej.: no trabaja, retirado o discapacitado)	☐ Recibe capacitación laboral o escolar ☐ **NO** recibe capacitación laboral o escolar

Relación con el menor: ☐ Biológica/Adopción/Padrastro/Madrastra ☐ De acogida ☐ Abuelos ☐ Otro parentesco ☐ Tutor legal ☐ Custodia ☐ Vive con la familia ☐ Brinda apoyo financiero ☐ Padres adolescentes ☐ Subsidiado

¿Hay alguna orden de protección vigente o prohibición de contacto en relación con este menor? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____@_____

Adulto secundario (madre/madre/tutor legal)				
Nombre	2do nombre	Apellido	Fecha de nac.	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza	**Origen étnico**	**Dominio del idioma**
☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Indo-americana o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Blanca ☐ Biracial/Multirracial	☐ Origen hispano o latino ☐ Origen no hispano o latino **Nacionalidad:**_____	**Inglés** ☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente **Otro(s) idioma(s) Hablar:**_____ ☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente
Educación	**Empleo**	**Capacitación laboral/Escuela**
☐ Grado académico avanzado o título de bachiller ☐ Título de Asociado, escuela vocacional o estudios universitarios ☐ Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) ☐ 9no – 12do grado ☐ Inferior a 8vo grado	☐ **EMPLEADO** ¿Dónde? _____ Fecha de inicio _____ o Tiempo completo (35 hrs o más) o Tiempo parcial (35 hrs o menos) ☐ **DESEMPLEADO a partir de**_____ (por ej.: no trabaja, retirado o discapacitado)	☐ Recibe capacitación laboral o escolar ☐ **NO** recibe capacitación laboral o escolar

Relación con el menor: ☐ Biológica/Adopción/Padrastro/Madrastra ☐ De acogida ☐ Abuelos ☐ Otro parentesco ☐ Tutor legal ☐ Custodia ☐ Vive con la familia ☐ Brinda apoyo financiero ☐ Padres adolescentes ☐ Subsidiado

¿Hay alguna orden de protección vigente o prohibición de contacto en relación con este menor? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____@_____

Teléfono/Dirección residencial vigente del padre/madre/tutor

Dirección residencial:	**Ciudad:**	**Estado:** FL	**Código postal:**	**Condado:** Miami-Dade
Dirección postal (si es otra):	**Ciudad :**	**Estado:**	**Código postal :**	**Condado :**

Número(s) de teléfono	**Casa/Trabajo/Celular**	**Relación con el menor**	**Mensajes de texto**
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No

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

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre del menor			**Fecha de nac.**	☐ **Head Start** ☐ **Early Head Start** ☐ **EHS-CCP**	
Nombre	2ᵈᵒ nombre	Apellido		**Centro para el que se hace la solicitud :**	
N° personas en el hogar	**N° personas en la familia** (mantenidos con los ingresos del madre/madre/tutor)	**N° total de niños**	**Edad** 0-3	**Edad** 4-5	**Edad** 6 y mayor

Situación de los padres:
☐ Un padre ☐ Los dos padres
***Se requiere documento legal para inscribir al menor.*

Idioma principal de la familia en el hogar:
☐ Inglés ☐ Español ☐ Europeo y eslavo ☐ Creol haitiano ☐ Africano ☐ Islas del Pacífico
☐ Asiático oriental ☐ Asiático del Oriente Medio y del sur de Asia
☐ Indo-americano/Nativo de Alaska
☐ América centro-norte, América del Sur ☐ Otro idioma, debe especificar : _____

Verificación de idoneidad

Desamparado: ☐ Sí ☐ No **Militar activo:** ☐ Sí ☐ No **Veterano del ejército:** ☐ Sí ☐ No **Referido por la Agencia de Bienestar Infantil:** ☐ Sí ☐ No
TANF: ☐ Sí ☐ No ☐ Anteriormente **SSI:** ☐ Sí ☐ No **Recibe SNAP/Bonos de comida:** ☐ Sí ☐ No **WIC:** ☐ Sí ☐ No **ID# de WIC:** _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE *Head Start/Early Head Start*

Idoneidad verificada por: **Fecha de verificación de idoneidad:**

Fuentes de ingreso (del padre/madre/tutor legal)	**Cantidad**	**Frecuencia**	**Descripción**	**Verificación**
		☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual		
		☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual		
		☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual		

Por favor, especifique más arriba en **Fuentes de ingreso**
Ingresos ganados: Formularios 1040 y W2, recibos de pago, carta del empleador, pensión/jubilación del Seguro Social, remuneración por desempleo, manutención infantil/de cónyuge por orden del tribunal, etc.
Ingresos no ganados: Asistencia pública (p.ej. TANF o SSI), reembolso por hogar de acogida/orden de protección, certificación de no ingreso, etc.

Ingreso total:

Notas de idoneidad:

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre	**Relación**	**Entregado a**	**Dirección**	**# de teléfono**
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES: (rellenar cuidadosamente)

Marque ☑ la casilla adecuada		**Sí**	**No**	Marque ☑ la casilla adecuada	**Sí**	**No**
Mujer embarazada, documento probatorio				Remisión para recibir servicios de una agencia para el bienestar infantil, documentado		
Residente en vivienda pública (MPHA), documentado				Consumo de sustancias, documentado		
Desamparo	Período de tiempo en situación de desamparo :			Familias desplazadas por motivo de catástrofes		
	Nombre de la agencia:					
Víctima de violencia doméstica, documentado				Discapacidad del padre/madre, documentado		
Hermano(s) que regresan a los programas *Head Start/Early Head Start*				Subsidio de atención infantil ELC, documentado (*solo EHS-CCP*)		

Fuente de remisión de la solicitud:
☐ Coalición para el Aprendizaje Temprano ☐ MCI ☐ Divulgación Comunitaria ☐ Early Steps/FDLRS ☐ Remisión por orden del tribunal ☐ Auto remisión ☐ Departamento de Niños y Familias ☐ Early Head Start ☐ Familia/Amigos ☐ Antiguo padre participante ☐ Hospital/Clínica médica ☐ Línea de Ayuda ☐ Healthy Start ☐ Vivienda Pública ☐ Organización sin fines de lucro pública o privada ☐ Escuelas Públicas ☐ Feria Juvenil ☐ WIC ☐ Agencia de Recursos y Remisión ☐ CareerSource ☐ Agencia de desempleo ☐ Folleto informativo de HS/EHS ☐ Información en los autobuses/trenes/valla publicitaria ☐ Social Media (FB, Twitter, Instagram, TikTok, etc...) ☐ CVAC Program ☐ Otra fuente (Especifique): _____

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

INFORMACIÓN DEL MENOR

Nombre	2do nombre	Apellido	Seudónimo	Sufijo del nombre	☐Head Start ☐Early Head Start ☐EHS-CCP
					Centro para el que se hace la solicitud:

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ M ☐ F

¿Este menor nació prematuro? ☐ Sí ☐ No
de semanas _____

Fuente de verificación de edad:
☐ Certificado de nacimiento ☐ Pasaporte ☐ Constancia médica(embarazadas)
☐ Declaración de edad notarizada ☐ Otra prueba (especifique):

Raza:
☐ Asiática
☐ Negra o afroamericana
☐ Indo-americana o nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
☐ Blanca
☐ Biracial/Multirracial

Origen étnico:
☐ Origen hispano o latino
☐ Origen no hispano o latino

Nacionalidad:_____

Dominio del idioma inglés:
☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente

Otros idiomas que habla:
☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente

Cobertura de servicios médicos primarios:
☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Beneficios de Medicaid/CHIP combinados
☐ Medicaid
☐ Sin cobertura de seguro médico
☐ Otro tipo de seguro
☐ Seguro médico privado
☐ Seguro médico con fondos estatales solamente

Otro tipo de cobertura de salud:
☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Beneficios de Medicaid/CHIP combinados
☐ Medicaid
☐ Sin cobertura de seguro médico
☐ Otro tipo de seguro
☐ Seguro médico privado
☐ Seguro médico con fondos estatales solamente

Nombre del seguro médico:
_____

Idoneidad para recibir beneficios de Medicaid:
☐ No es idóneo
☐ Con beneficios de Medicaid
☐ Potencialmente idóneo

 # de Medicaid: _____

Cobertura de seguro médico:

 # del seguro médico:_____

Médico/Institución de servicios médicos (nombre del pediatra):
_____

Cobertura de servicios dentales:

Nombre del seguro dental: _____

 # de seguro dental:_____

Dentista/Institución de servicios dentales (nombre del dentista):
_____

Servicios de salud

Dispositivos auxiliares usados : ☐ No usa dispositivos auxiliares ☐ Tubo de alimentación ☐ Espejuelos ☐ Lentes de contacto ☐ Muletas ☐ Andador ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas ☐ Dispositivos inmovilizadores ☐ Prótesis auditivas

Cuidados de salud continuos: ☐ Sí ☐ No **Cuidados dentales continuos:** ☐ Sí ☐ No

Su hijo recibe tratamiento médico por: ☐ No recibe tratamiento médico/A ☐ Anemia ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Nivel elevado de plomo en sangre ☐ **Otro motivo. Por favor, explique a continuación:**

Indique toda las alergias que yo conozca, necesidades dietéticas u otros problemas médicos/dentales: ☐ Ninguno que se conozca **Describa las preocupaciones:**

Necesidades especiales/Discapacidad

Plan para la evaluación de diagnóstico de discapacidad realizada por una escuela pública del Condado de Miami-Dade (IEP):	☐ No ☐ Sí	**Si respondió "Sí", escriba la fecha:** / /
Programa *Early Steps*-Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP)	☐ No ☐ Sí	**Si respondió "Sí", escriba la fecha:** / /
Diagnóstico profesional (terapia del lenguaje, ocupacional, etc.)	☐ No ☐ Sí	**Si respondió "Sí", escriba la fecha:** / /

Otros miembros de la familia (financiado con los ingresos del padre/madre/tutor legal)

Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nac.	Sexo	Relación con el niño
☐ Adulto ☐ Niño				☐ Masculino ☐ Femenino	
☐ Adulto ☐ Niño				☐ Masculino ☐ Femenino	
☐ Adulto ☐ Niño				☐ Masculino ☐ Femenino	
☐ Adulto ☐ Niño				☐ Masculino ☐ Femenino	
☐ Adulto ☐ Niño				☐ Masculino ☐ Femenino	

Verificación (requiere 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 idoneidad, es correcta y verdadera. Comprendo que esta es una solicitud de servicios pagados con fondos federales y que proporcionar de forma intencional información falsa, incorrecta o falsa puede conllevar a que se suspenda la participación de mi hijo/a en el programa de colaboración del programa Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start y puede tener importantes consecuencias legales para mí.

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