



**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL NIÑO
HEAD START/EARLY HEAD START**

CAP60: Child ID NO. _____ Family ID No. _____ __FMJ __CELA __PL __RW __Wayne __WM __BOE __PS14 Approved by: _____ Date _____ Total Points _____ __ Categorical eligible __Income Eligible __ 101-130 __Over Income		<input type="checkbox"/> Birth Cert <input type="checkbox"/> Proof of Address <input type="checkbox"/> Income
Clifton Only: Candidate For: _____ Please Circle One: FDFY 4 Day 5 Day FCC CO EHS Circle all applicable: HOMELESS FOSTER CP&P IE 101 OI SN TANF SSI MILITARY/VETERAN		

Fecha _____ **TODAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS**
 Nombre del Empleado _____ **** (____ Si recién nacido marque aquí)****
 Return to: _____ (site)

1. Apellido del Niño/a: _____ **Nombre:** _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Idioma Pricipal: _____ Idioma Secundario: _____
 Raza: __Indio Americano __ Asiático __ Negro/Africano Americano __ Multiracial __ Blanco Ethnicidad: __ Hispano __ No-Hispano
 Cuidado de Crianza __ Si __ No

2. Apellido del Cuidador Principal: _____ **Nombre:** _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____
 Nivel más alto de educación alcanzado _____ Habla Inglés: Muy Bien _____ Bien _____ Limitado _____ De ningún modo _____
 Dirección: _____ **New Jersey** _____
(Calle) Apt/Piso Ciudad Estado Codigo Postal
 Número de Teléfono _____ Correo Electrónico: _____
(Casa) (célular) (name@emailadress.com)

Estatus de Vivienda: Propietario? __ Alquila? __ Refugio de Emergencia? __ Vivienda Transicional? __ Vive con parientes? __ Sin Hogar? __
 Desplazado? __ Hotel/Motel __ Recibe: WIC __ Cupones de Comida __ SSI __ TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) __
 Post TANF __ (Si menos de 5 años) Familia Militar/Veterano _____

Relación con el Niño: _____ # Adultos _____ # Niños _____ #Tamaño Total de la Familia _____
(Padres, Abuelos, Padre de Crianza, Tio/a, Hermano/a, Otro)

3. Referido por: _____ **Caso Activo de CP&P:** _____ **Si es Si: Nombre de Trabajadora Social:** _____
 Tipo de Transportacion: _____ **Si vive en Clifton: La Escuela Publica cerca de su casa:** _____
(Carro, transportacion publica, viaja con amigo or pariente, ninguno)
(New Jersey Family Care __ Medicaid __ Seguro Privado __ sin seguro __) (New Jersey Family Care __ Medicaid __ Seguro Privado __ sin seguro __)

4. Datos de Ingresos

	Seleccione con un circulo	Nombre de Empleador/o/Escuela	Horas/días a la Semana	Ingresos Brutos	Ingresos Bruto Anual
Madre	Trabaja Desempleada		Horario Trabajo/Escuela Dias de Semana _____ Horas a la Semana _____	\$ _____ Semanal/Quincenal/Mensual	\$ _____
	Escuela No Trabaja				
Padre	Trabaja Desempleado		Horario Trabajo/Escuela Dias de Semana _____ Horas a la Semana _____	\$ _____ Semanal/Quincenal/Mensual	\$ _____
	Escuela No Trabaja				

Documents Reviewed: IRS Transcript __ W-2__ Paystubs __ SSI __ Foster Care __ Unemployment __ Assistance Letters __ No Income Documentation __ Employment Letters __ I attest that I have examined the documents checked below and certify that the family is eligible in accordance with Head Start Regulations and ERSEA Policies.
 Staff Signature _____ Date _____

Ingresos Total de la Familia
Cálculos de Ingresos: \$ _____

5. (a) **Otros Dependientes en el Hogar**

Apellido	Nombre	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado Actual	Relación con el Solicitante

6. (b) **Cuidador Secundario**

Apellido	Nombre	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Mayor de Nivel de Educación Completado	Relación con el Solicitante

7. **Información General**

- (a) Qué tipo de programa prefiere: (Circule uno) **Early Head Start** **Head Start**
 Opciones del programa: (Circule uno) **5-Dias/Todo el año** **5-Dias/Parte del año** **4-Dias** **En su Hogar** **Cuidado Infantil Familiar**

(Circule las respuestas a las preguntas siguientes, y de una explicación)

- (b) Esta o ha estado su niño en un cuidado infantil/guardería/pre-escolar: No ___ Si ___ Nombre del programa infantil _____ Por cuanto tiempo _____
 Tiene su niño/a una necesidad especial o sospecha de alguna necesidad especial. Si ___ Esplique la Necesidad _____ No ___
 Tiene su niño/a una IEP o IFSP: Si o No
 A recibido o está recibiendo un servicio de Early Intervention (EIP): Si _____ No _____
 (Especifique el servicio que recibe)

- (c) Tiene su niño/a:
 Una condición médica: Sí o' No Si es así: explique: _____ medicación prescrita _____

- (d) Tiene su niño/a:
 1. Recibe terapia: Sí No Si es así: Marque todas las que aplican: Pronunciación, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Otra: _____
 2. Su niño/a muestra alguno de los siguientes comportamientos: Rabietas, Ansiedad por separación, Dificultad en seguir rutinas, Lastimándose así mismo o a otros
 Algún otro comportamiento no incluido en la lista: _____
 3. Información adicional: _____

- (e) Son los Padres:
 Adolescentes: Si o No Embarazada: Si o No Fecha del nacimiento: _____ Padres solteros: Si o No Discapacitados/Enfermos: Si (diagnóstico) o No
Mi firma verifica que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Proporcionar información falsa o engañosa o la falta de divulgar información como evaluaciones o en relación con la solicitud de mi hijo puede resultar en que mi hijo no sea aceptado o siga recibiendo servicios del programa de Head Start. También soy consciente de que yo estoy sujeto a la terminación del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ Firma de Empleado _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardian (si menos de 18 años) _____ Date: _____

Send original eligibility application to Ringwood – Attn: Social Service Manager All special needs applications a copy is submitted to Special Services Manager

Comments _____