



**Miami – Dade County CAA Head Start /Early Head Start
Solicitud Familiar
Elegibilidad del Niño**

SECCION 1

**Solicitud - Formulario Demográfico Familiar
Application – Family Demographic Form**

Nombre del Centro solicitado:

Center Applied for:

Nombre del Niño(a):

| | | | |
|------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|
| <i>Applicant Name:</i> | Primer Nombre <i>First Name</i> | Inicial <i>MI</i> | Apellido <i>Last Name</i> |
|------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|

ApodoPreferido : _____
Perferred Nickname:

✓ **Fecha de Nacimiento:** _____
Date of Birth:

Sexo: F M
Gender:

Dirección: _____ **# Apt.** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____
Address: _____ *City* _____ *State* _____ *Zip Code* _____

Teléfono de la Casa: (____) _____ - _____
Telephone Home

Teléfono del Trabajo: (____) _____ - _____
Telephone Work

Teléfono celular: (____) _____ - _____
Cellular Phone

Pager/Beeper: (____) _____ - _____

Marcar la información pertinente:
Mark all that apply

Vivienda **Correo** **Recogida** **Sitio a dejar** **Otro Especifique:** _____
Living Mailing Pick-up Drop-off Other Specify

Étnico: **Hispano ó Latino** **non Hispano ó Latino**
Ethnicity

Raza:
Race

Indio Americano/Alaska **Asiático** **Nativo Hawaiano/Pacífico**
American Indian or Alaskan Native Asian Native Hawaiian /Pacific Islander

Negro/ Africano Americano **Blanco** **Biracial**
Black or African American White Biracial/Multiracial

Otro (requisito)/ unspecified (required) _____

- Padre Biológico *Biological Parent*
 Padre sustituto *Foster Parent*
 Padrastro/Madrastra *Step Parent*
 Padre Adoptivo *Adoptive Parent*
 Abuelo/Abuela *Grandparent*
 Tía *Aunt*
 Madrina/Padrino *God Parent*
 Apoderado Legal *Legal Guardian*
 Otro Pariente *Other Relative*
 Biológico/Legal *Biological/legal*
 No Biológico o/ Relación Legal *No Biological/Legal Relationship*

Miami – Dade County CAA Head Start / Early Head Start Solicitud Familiar

Solicitud del Adulto
 Madre *Mother*
 Figura Materna *Mother Figure*

Ocupacion Primaria (marque una sola):
Primary Occupational Status (Mark only one)

Fecha: _____
Date

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (más de 34 horas) <i>Full-time (more than 34 hours weekly)</i> <input type="checkbox"/> Empleado a Medio Tiempo (menos de 34 horas) <i>Part-time</i> <input type="checkbox"/> Empleado Temporal (No Agricultura) <i>Seasonal-Non Agricultural</i> <input type="checkbox"/> Empleado y asistiendo la escuela <i>Employed and in school</i> <input type="checkbox"/> En la escuela tiempo completo ___ Medio tiempo <i>In school ___ Full time ___ Part time ___</i> <input type="checkbox"/> Por obtener Diploma de Secundaria (GED) <i>Towards high school diploma/GED</i> <input type="checkbox"/> Por obtner certificación en un oficio <i>Towards trade/business qualification</i> <input type="checkbox"/> Por obtener Diploma Universitario <i>Towards Collage Degree</i> <input type="checkbox"/> No aplicable <i>Not Applicable</i> | <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento asalariado <i>Training program with salary</i> <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento sin sueldo <i>Training program without salary</i> <input type="checkbox"/> Con experiencia previa de empleo <i>With previous employment experience</i> <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de empleo <i>With no previous employment experience</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other</i> <input type="checkbox"/> Ama de Casa <i>Homemaker</i> <input type="checkbox"/> Retirado <i>Retired</i> <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una incapacidad <i>Unable to work due to disability</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other</i> |
|---|---|

Nivel de Educación: _____ **Fecha:** _____
Highest Level of Education Completed: Date:

Entrenamiento Vocacional: SI NO
Attend Vocational Training, Trade or Business School yes no

Certificados o Licencias: SI NO
Received Certificate or license: yes no

Participación en Programas de Entrenamientos del Gobierno: SI NO
Participated in Government Training Program yes no

Marque los programas que haya asistido:
Training program(s) attended (mark all that apply):

JOBS
 JPTA
 JOB Corps
 Otro (especifique): _____
Other (Specify):

Esta dispuesto (a) a mejorar el nivel de educacion/ asistir a entrenamiento: SI NO No applicable
Person is willing to Pursue Additional Education/Job Training: yes no not applicable

Se matriculo previamente en Head Start ú otro programa de desarrollo infantil: SI NO
Person previously enrolled in Head Start or other Child Development Program: yes

Si la respuesta es afirmativa nombre el Programa: _____ **Fecha:** desde ___/___/___ á ___/___/___
If Yes Specify which program(s)

La solicitante es una Madre Adolescente: SI NO
Applicant is a Teen Mother Yes No

El solicitante esta en el presente asistiendo a la escuela: SI NO Primaria Intermedia Secundaria
Applicant Currently in School yes No Elemental Jr. High High school

Asiste a algún Programa de Padres Adolescente en la escuela SI NO
Teen Parent Program in School Attended *yes* *No*

El solicitante esta inscrito en el programa de padre adolescente SI NO
Applicant enrolled in Teen Parent Program *ye s* *No*

Miami Dade County CAA Head Start /Early Head Start Aplicación Familiar

Solicitud del Adulto/ Padre o Figura Paternal

Nombre del Padre: _____

Name Father

Primer Nombre

First Name

Inicial

MI

Apellido

Last Name

Figura: Padre Figura Paternal

Figure: Father

Figure Parent

Adulto que da apoyo en la vida del niño(a): Si No

Person is a Supporting Adult in the Child (ren) Life *Yes*

Es usted el jefe(a) del hogar de esta familia: Si No

Person is the Head of Household for family: *Yes*

Usted vive en el mismo hogar del jefe de Familia: Si, todo el tiempo Si la mayoría del tiempo No, nunca

Person resides in same household with Head of Household:

Yes, all of the time

Yes, some of the time

No, never

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Date of Birth

Etnicidad: Hispano ó Latino No Hispano ó Latino

Ethnicity

Raza:

RACE

Indio Americano/Alaska
American Indian or Alaskan Native

Asiático
Asian

Nativo Hawaiano/Pacífico
Native Hawaiian /Pacific Islander

Negro/ Africano Americano
Black or African American

Blanco
White

Biracial
Biracial/Multiracial

Sin especificar/ *Unspecified* _____

Idiomas que habla: Primaria: _____

Language(s) Spoken:

Primary:

Secundario: _____

Secondary:

Dominio del idioma Inglés: Muy Bien Bien

English Speaking Ability: Very Well

Well

Not Well

No tan bien

Not at all

Nada

Estado Civil: Soltero(a)

Marital Status:

Single

Casado(a)

Married

Separado(a)

Separated

Divorciado(a)

Divorced

Viudo(a)

Widowed

La relación de la persona con el niño(s) elegible en la sesión 1

Person's Relationship to the eligible child (ren) Listed in Section 1

- Padre Biológico *Biological Parent*
 Padre Adoptivo *Foster Parent*
 Padrastro/Madrastra *Step Parent*
 Padre Adoptivo *Adoptive Parent*
 Abuelo/Abuela *Grand Parent*
 Tío *Uncle*
 Madrina/Padrino *God Parent*
 Apoderado Legal *Legal Guardian*
 Otro Pariente *Other Relative*
 Biológico /Legal *Biological/Legal*
 No Biológico/ Relacion Legal *No Biological/ Legal Relationship*

Miami Dade County CAA Head Start /Early Head Start Solicitud Familiar

Solicitud del Adulto/ Padres o Figura Paternal

Ocupacion Primaria (marque una sola):
Primary Occupation Status (Mark only one)

Fecha: _____
Date:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo <i>Full-time (more than 34 hours weekly)</i> <input type="checkbox"/> Trabajo a medio tiempo (menos de 34 horas) <i>Part-time</i> <input type="checkbox"/> Temporal (No Agricultura) <i>Seasonal-Non Agriculture</i> <input type="checkbox"/> Temporal (Agricultura) <i>Seasonal-Agricultural</i> <input type="checkbox"/> Empleado y asistiendo a la escuela <i>Employment and in school</i> <input type="checkbox"/> En la escuela a tiempo completo/ medio tiempo <i>In school Full time Part time</i> <input type="checkbox"/> Por obtener Diploma de Secundaria (GED) <i>Towards high school diploma/GED</i> <input type="checkbox"/> Por obtener certificado en un oficio <i>Towards trade/business qualification</i> <input type="checkbox"/> Por obtener/ Diploma Universitario <i>Towards Collage Degree</i> <input type="checkbox"/> No aplicable <i>Not Applicable</i> | <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento para un mejor trabajo <i>Training program with salary</i> <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento con salario <i>Training program without salary</i> <input type="checkbox"/> Desempleado <i>Unemployed</i> <input type="checkbox"/> Con experiencia previa de empleo <i>With past employment experience</i> <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de empleo <i>With no previous employment experience</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other</i> <input type="checkbox"/> Ama de Casa <i>homemaker</i> <input type="checkbox"/> Retirado <i>Retired</i> <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una incapacidad <i>Unable to work due to disability</i> |
|---|---|

Nivel de Educación que obtuvo: _____
Highest Level of Education Completed

Fecha: _____
Date:

Asistio a entrenamiento Vocacional:
Attended Vocational Training, Trade or Business School

- SI NO
yes *no*

Certificados o Licencias:
Received Certificate or license

- SI NO
yes

Participación en Programas de Entrenamientos del Gobierno:
Participated in Government Training Program

- SI NO
yes

Marque los programas que haya asistido:
Training program(s) attended (mark all that apply):

- JOBS JPTA JOB Corps

Otro (especifique): _____
Other (Specify):

Esta dispuesto(a) a mejorar el nivel de educacion/ obtener entrenamiento de trabajo: SI NO

Person is willing to Pursue Additional Education/Job Training

yes

Se matriculo previamente en el Programa de Head Start u otro programa de Desarrollo Infantil:

Person Previously Enrolled in Head Start or Other Child Development Program

SI

NO

Indique el nombre del Programa: _____ **Fecha:** desde ____/____/____ a ____/____/____

If Yes, Specify which program(s)

**Miami – Dade County CAA Head Start /Early Head Start
Formulario Demográfico Familiar
Composición Familiar y Recursos**

Application-Family Demographics

Familia de: _____

Family Of:

✓ **Tipo de Familia:**

Family Type:

Familia con dos padres
Two parent family

Familia de madre soltera (Figura de madre solamente)
Single family (mother figure only)

Familia de padre soltero (Figura de padre solamente)
Single parent (father figure only)

Familia de madre soltera que vive con un compañero
Single parent family (mother figure only) living with partner

Familia de Padre soltero que vive con una compañera
Single parent family (father figure only) living with partner

Otro Pariente(s)
Other relative(s)

Familia Adoptiva
Foster family

Otro tipo de familia:
Other family type: specify

Familia Adoptive (FT Student)
Foster Family (FT Student)

Familia con dos padres (que Trabajan)
2 parent family (Work Parent)

Familia con una Madre (que Trabaja)
Single parent family (Work parent)

Familia con un Padre (que Trabaja)
Single parent (working parent)

Familia con un Padre (que Estudia)
Single parent (FT Student)

Familia de Padre soltero (Trabaja/Estudiante)
Single parent (Work PT/FT Student)

Familia con dos Padres (FT Estudiante)
2 parent family (FT Student)

Familia con dos padres (Trabaja/Estudiante)
2 parent (Work PT/FT Student)

Familia Adoptiva (Padres que Trabajan)
Foster Family (Working Parent)

Familia Adoptive (padres estudian/ trabajan)
Foster Family (Work PT/FT Student)

Fecha: ____/____/____

Effective Date

✓ **Tipos de servicio ó ayuda financiera recibida (marque tolo lo que aplique):** NO
recibió servicios

Types of Services or Financial Assistance Received (Mark all that apply):

NO services received

Ayuda financiera medica
Medical financial assistance (i.e. Medicaid/Medicare)

Seguro para desempleados
Unemployment insurance

Estampillas de Comida
Food Stamps

Ayuda de vivienda publica
Public housing assistance

Ayuda Publica/Welfare (i.e.TANF/AFDC)
Public Assistance/Welfare (i. e. TANF/AFDC)

Programa de ayuda de energia
Energy program assistance

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> WIC <i>WIC</i> | <input type="checkbox"/> EPSDT <i>EPSDT</i> |
| <input type="checkbox"/> Cheque Suplemental del Seguro Social (SSI) <i>Supplement Security Income (SSI)</i> | <input type="checkbox"/> Manutención de niño(s)/Pensión por divorcio <i>Chile support/alimony</i> |
| <input type="checkbox"/> Familia Adoptiva <i>Foster care/Adoption subsidy</i> | <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: <i>other: Specify</i> |

Miami – Dade County CAA Head Start /Early Head Start

Formulario Demográfico Familiar

Composición Familiar y Recursos

Family Composition and Resources

Si la Familia recibe asistencia Pública responde lo siguiente:

If Family is receiving Public Assistance, Answer the Following:

Cuando empezó a recibir servicios: ____/____/____

Began receiving services:

Cuando se termina: ____/____/____

Scheduled termination:

Alguien de su familia recibe Cheque Suplementario de Seguro Social (SSI): SI

NO

Family Applied to Receive Supplemental Security Income (SSI)

Yes

✓ **Arreglos de pago de vivienda:**

Housing Payment Arrangement:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda Propia <i>Own housing</i> | <input type="checkbox"/> Cambia servicios por vivienda <i>Exchange services for housing,</i> | <input type="checkbox"/> Recibe vivienda subsidiaria <i>Receives subsidized housing</i> |
| <input type="checkbox"/> Alquila Vivienda <i>Rent housing</i> | <input type="checkbox"/> No hace pagos de vivienda <i>Make no payment for housing</i> | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <i>Other: Specify</i> |

✓ **Tipo de Vivienda:**

Type of Housing:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casa <i>House</i> | <input type="checkbox"/> Casa rodante/trailer <i>Mobile home/trailer</i> | <input type="checkbox"/> Desamparado/sin vivienda <i>Homeless/no housing</i> | <input type="checkbox"/> Vivienda para Emigrante <i>Migrant Housing</i> |
| <input type="checkbox"/> Apartamento <i>Apartment</i> | <input type="checkbox"/> Albergue Comunitario <i>Community shelter (HAC, Salvation Army, Rescue Mission)</i> | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <i>Hotel/Motel room</i> | |

Temporary living with someone else Otro; especifique: _____

Vive con alguien temporalmente

Other: Specify

Tiempo que reside en esta dirección: Menos de 6 meses 6 – 12 meses 1 – 2 años más de 2 años

Length of Time at Current Address: Less than 6 months 6 – 12 months 1 – 2 yrs More than 2years

Número de veces que la familia se ha mudado en los últimos 12 meses:

Number of times Family Moved in the Past 12 month:

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No se han mudado <i>Family has not moved</i> | <input type="checkbox"/> Una vez <i>Once</i> | <input type="checkbox"/> Dos veces <i>Twice</i> | <input type="checkbox"/> Tres veces <i>Three times</i> | <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más. <i>Four or more</i> |
|--|---|--|---|---|

A estado Desamparado en los últimos 12 meses (incluyendo ahora): SI NO (siga con la próxima pregunta)

Homeless in past Twelve 12 Months (Including currently homeless) Yes **(skip to next question)**

Tiempo desamparado: Menos de un mes 1-3 meses 3-6 meses Más de 6 meses

Length of time homeless Less than 1 month 1 - 3 months 3 – 6 months More than 6 months

Miami – Dade County CAA Head Start /Early Head Start

Formulario Demográfico Familiar

Composición Familiar y Recursos

Family Composition and Resources

Familia tiene medio de transportación: SI NO (siga con la próxima pregunta)

Family currently has means of Transportation: Yes (End of Section)

Cual es su medio primario de transportación (marque las que aplique)

Primary mode(s) of transportation used (Mark all that apply):

- Carro propio Transportación publica (bus, metro, taxi)
Private vehicle (car, truck, van) Public transportation (bus, subway, taxi)
- Carro prestado Otros: _____
Friend's or relative's vehicle Other

Familia tiene un medio de transportación ahora: SI NO (pase a la siguiente pregunta)

Family has alternate means of transportation: Yes (End of section)

Cual es su alternativa de transportación (marque la que aplique):

Alternative means of transportation (Mark all that apply):

- Carro propio Transportación publica (bus, metro, taxi)
Private vehicle (car, truck, van) Public transportation (bus, metro, taxi)
- Carro prestado Otros: _____
Friend's or relative's vehicle Other

✓ **La Familia fue referida al Programa por:**

Family Referred To Program by:

- Departamento de Niños y Familias Hospital/ Psicólogo/Proveedor Medico
Department of Children & Families Hospital / Physician / Medical Provider
- Corte Adoptiva Programa Otro, especifique _____
Courts Foster Program Other Specify

How did you learn about the Head Start/Early Head Start Program?

Parent Signature: _____
(Parent or Guardian Interviewed)

Date: ____/____/____

Staff Signature: _____
(Staff Person Conducting Interview)

Date: ____/____/____

Miami – Dade County CAA Head Start /Early Head Start Solicitud- Formulario Familia Demográfico Otros Miembros de la Familia

OTHER FAMILY MEMBERS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name: **Primer** **Inicial** **Apellido** *Date of Birth*
First *MI* *Last name(s)*

Relación con el niño: _____ Sexo M F
Relationship to Child *Gender*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name: **Primer** **Inicial** **Apellido** *Date of Birth*
First *MI* *Last name(s)*

Relación con el niño: _____ Sexo M F
Relationship to Child *Gender*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name: **Primer** **Inicial** **Apellido** *Date of Birth*
First *MI* *Last name(s)*

Relación con el niño: _____ Sexo M F
Relationship to Child *Gender*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name: **Primer** **Indicial** **Apellido** *Date of Birth*
First *MI* *Last name(s)*

Relación con el niño: _____ Sexo M F
Relationship to Child *Gender*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Name: **Primer** **Indicial** **Apellido** *Date of Birth*
First *MI* *Last name(s)*

Relación con el niño: _____ Sexo M F
Relationship to Child *Gender*

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____
Name: Primer Indicial Apellido Date of Birth
First MI Last name(s)

Relación con el niño: _____ **Sexo** M F
Relationship to Child Gender

Solicitud (HSFIS) de Temas del Desarrollo del Niño HSFIS Child Development Issues

Fecha : ____/____/____
Date Completed:

Nombre del Padre ó Madre: _____
Name Father or Mother:

Nombre del Niño: _____
Name of Child:

APARATOS DE ASISTENCIA QUE USA: *Assistive Devices Used:*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lentes/Lentes de contacto <i>Glasses/Contact Lenses</i> | <input type="checkbox"/> No usa aparatos de asistencia <i>No Assistive Devices Used</i> | <input type="checkbox"/> Muletas/Andador/Bastón <i>Crutches/Walker/Cane</i> |
| <input type="checkbox"/> Frenillos <i>Braces</i> | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas <i>Wheelchair</i> | <input type="checkbox"/> Aparato de Audición <i>Hearing Aide</i> |
| <input type="checkbox"/> Otros/especifique: _____ <i>Other: Specify</i> | | |

RIESGOS BIOLÓGICOS/MÉDICOS: **Padres reporto è indico que no hay riesgos biológico/médicos.**
BIOLOGICAL/MEDICAL RISKS Parent report and records indicate no biological/medical risks

Reporte de los Padres **Reporte de los Medico**
Parent Report Doctor Report

Leucemia **SIDA** **Diabetes** **Problemas del Corazón**
Leukemia AIDS Diabetes Heart Condition

Sickle Cell **Espina Bifida** **Asma**
Sickle Cell Spinal Bifida Asthma

✓ **RIESGOS AMBIENTALES:** **Padres reporto è indico que no hay riesgos del ambiente.**
ENVIRONMENTAL RISKS Parent Report and records indicate no environmental risks.

Reporte De los Padres **Record Reporte de los Medico**
Parent Report Doctor Report

Abuso de sustancia
Substance Abuse

Violencia domestica
Domestic Violence

Padres <17 years old
Parent(s) below 17 years

Abuso de Nino(a)
Child Abuse and/or Neglect

Padres educación <8th grade
Parent (s) education <8th grade

Padres incapacidades
Parental Disability

Miami – Dade County CAA Head Start / Early Head Start Aplicación (HSFIS) de Temas del Desarrollo del Niño *HSFIS Child Development Issues*

INCAPACIDADES:
DISABILITIES

Padres reporto è indico que no hay incapacidades.
Parent report and records indicate no disabilities

| | Sospecha <i>Suspected</i> | Identificado (Con Documentos) <i>Identified</i> | Fecha <i>Date</i> | Evaluado Por <i>Evaluated by</i> |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| Autismo <i>Autism</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problema Emocional/Conducta <i>Emotional/behavioral disorder</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problemas de Salud <i>Health impairment</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problemas de Audición <i>Hearing impairment including deafness</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Incapacidad de Aprendizaje <i>Learning disability</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Retardo Mental <i>Mental Retardation</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problemas Ortopédicos <i>Orthopedic impairment</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problemas del Habla ó Lenguaje <i>Speech or language impairment</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Herida Traumática Cerebral <i>Traumatic brain injury</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |
| Problemas de Visión incluyendo Ceguera/ Problemas de Vision | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ |
| _____ | | | | |
| <i>Visual impairment including blindness</i> | | | | |
| Otros Impedimentos: <i>Other impairment:</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | _____ |

Se ha determinado que el niño(a) a sido elegible para el LEA ó Agencia Parte. C. para recibir educación y servicios relacionados a la Agencia Parte C bajo un Programa 13 Educacional Individual o Plan Familiar de ayuda Individual.

Child has been determined eligible by the LEA or Part C Agency to receive special education and related services or Part C services Under an Individualized Education Program (IEP) or Individualized Family Plan (IFSP)

NO SI Yes (If yes, Please attach documentation)

Comments

Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start
HSFIS Información de Ingresos
La SECCION 2
HSFIS Household size and Income Information

Apellido: _____

Family Name

La Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____

Effective Date:

Aprobado por USDA/CACFP: Sí no

Approved by USDA/CACFP

Los ingresos del período de tiempo se basaron en:

Time Period income based on:

Mes Previo

Previous Month

Último Año Fiscal

Last Calendar Year

INGRESOS

Income Resource

AMOUNT

FRECUENCIA

Frequency

(Por favor adjunte la Prueba de Ingresos)

(Please Attach Proof of Income)

Ingresos de empleo no-agrícola

(ie. sueldos, propinas)

Non-Agricultural Earned Income (i.e. Wages, tips)

Semanal (Weekly)

Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly)

Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Ingresos empleo agrícola

(ie. sueldos, propinas)

Agricultural Earned Income (i.e. wages, tips)

Semanal (Weekly)

Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly)

Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Ayuda Estatal/ Bienestar Social

(ie. TANF, AFDC)

Public Assistance. Welfare (i.e. TANF, AFDC)

Semanal (Weekly)

Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly)

Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

La Pensión de Seguro Social

Social Security/Pension

Semanal (Weekly)

Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly)

Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Asistencia Suplementaria (SSI)

Supplemental Security Insurance (SSI)

Semanal (Weekly)

Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly)

Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Subsidio por Adopción/Hogar Sustituto
Foster Care/Adoption Subsidy

Semanal (Weekly) Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly) Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Asistencia por desempleo
Unemployment Insurance

Semanal (Weekly) Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly) Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Manutención infantil/Pensión por divorcio o separación
Child Support/Alimony

Semanal (Weekly) Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly) Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Otros Ingresos
Other Unearned

Semanal (Weekly) Cada 2 semanas (Every 2 weeks)

Mensual (Monthly) Anualmente (Annually)

Dos veces al mes (Twice a month)

Yo certifico que la información, proveída en esta aplicación, y prueba de ingresos son exactas y verdadera a mi conocimiento.

Firma de padre o guardián: _____ **Fecha** ___/___/___

Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start
HSFIS Información de Ingresos
HSFIS Household size and Income Information

Ingresos Total de la Familia:

Family Totals:

Ingresos de empleo(s) **Agrícola/ Agricultura** \$ _____

Ingresos de empleo(s) **No- Agrícola/Non-Agricultural** \$ _____

No Ganado/**No Earned Income** \$ _____

Comprobante de Ingresos:

Income Verification:

1040 Declaración de Impuesto
1040 Tax Statement

la Declaración W2
W2 Statement

Comprobantes de cheques
Pay Stubs

Suplemento IC
IC Supplement

La Declaración de Ingresos
Income Declaration

Forma de Ayuda Estatal
Public Assistance Form

Desempleo
Unemployment

Otro: Especifica _____
Other: Specify

Si usted recibe lo siguiente, por favor provee la información requerida:

If you receive the following, please provide the requested information:

Numero de Caso

Case Number

Estampillas De Alimento/FDPIR _____
Food Stamps/FDPIR

TANF _____

Miembros de la Familia e Ingresos:

Family Size and Income Profile:

Número de Adultos en la Familia: _____

Number of Adults in Family:

Número de Niños en la Familia: _____

Number of Children in Family:

Número de Adultos que contribuyen a los Ingresos: _____

Number of Adults contributing to the Income:

Para uso de la agencia solamente:

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|--|
| Family meets income eligibility | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Over-income Approval | Date: |
| Enrollment by Eligibility Type | <input type="checkbox"/> Foster Family | <input type="checkbox"/> Public Assistance (TANF/SSI) | <input type="checkbox"/> Over Income | <input type="checkbox"/> Meet Poverty Guidelines |

Staff Verification:

I have examined the income documents checked above and certify that the child is eligible to participate in the program.

Staff Signature: _____ Date: _____

Center Director's Signature: _____ Date: _____

**Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start
HSFIS Información Médica de Proveedor
Enrollment – HSFIS Child Medical Provider Information**

Fecha Efectivo: ____ / ____ / ____ **Nombre:** _____

Effective Date:

Completado Por: **Personal de Head Start** Especifica: _____

Completed By: *Head Start Staff*

Specify:

Pardres

Específica: _____

Parent

Specify:

Tipo de seguro medico:

Insurance Provider Type:

Ayuda estatal de (por ejemplo, medicaid, EPSDT o el equivalente)

Public assistance (e.g., Medicaid, EPSDT or equivalent)

Programa de Seguro de salud para los niños

State Health Insurance Program (SHIP)

El Seguro Privado **Otro: Especifica** _____

Private Coverage

Other: Specify

El Nombre del Proveedor del seguro: _____

Insurance Provider's Name

Cobertura Dental Incluido: Sí No

Dental Coverage Included:

Numero de identificación del seguro o el Número de la Póliza: _____

Insurance ID or Policy Number:

La Fecha de Vencimiento de Seguro: ____ / ____ / ____

Insurance Expiration Date:

El Proveedor primario del Cuidado: no tiene proveedor primario refer _____
Primary Care provider: No regular primary care provider:

Nombre de Proveedor
Provider name

Dirección: #de la unidad: Telefono:
Address Suite# Telephone #

Ciudad: Estado: Código Postal
City State Zip

**Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start
HSFIS Información Médica de Proveedor
Enrollment – HSFIS Child Medical Provider Information**

Proveedor dental: no hay dentista primario: Referir _____
Dental Care Provider no primary dentist

Dirección: #de la unidad: Telefono:
Street Suite# Telephone #

Ciudad: Estado: Código Postal
City State Zip

Especialista: no Especialista: Referir _____
Specialist Provider: No Specialist

Nombre de Proveedor
Provider name

Dirección: #de la unidad: Telefono:
Street Suite# Telephone #

Ciudad: Estado: Código Postal

City

State

Zip

Tipo de Servicios Recibidos:

Type of Services Received:

Tiene Seguro Secundario: Sí no
Has Secondary Insurance: Yes No (End of Section)

**Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start
HSFIS Evaluación Nutricional
Miami Dade CAA Head Start / Early Head Start
Enrollment-HSFIS Child Nutritional Assessment**

Fecha: ___/___/___ **Nombre:** _____
Date Completed Name

Completado Por: **Personal de Head Start** Firma (recorred): _____
Completed By: Head Start Staff
 Padres Firma: (recorred): _____
Parent Signature

A. Recién Nacidos:
Infants:

Frecuencia alimenticia (# de veces al día): ___/___/___ *Eating frequency (times per day:*

La Cantidad consumida en 24 horas: ___/___/___ onzas *Amount consumed in 24 hours ounces*

Tipo de alimentación: **Leche materna** * **Fórmula** **Leche regular**
Type of food consumed: Breast Milk Formula Milk

*Miami Dade Head Start participa en el programa Child Care Food Program y proveera las formula infantil indicada.
*Miami-Dade Head Start participates in the Child Care Food Program and provides the above listed formula.

Otro: Especifique _____
Other: Specify

Método de alimentación: **Pecho** **Biberón**
Feeding Method: Breast Fed Bottle Fed

Otro: Especifique _____
Other: Specify

B. Los pequeñines:
Toddlers:

*El niño come o mastica cosas que no son alimentos?

Child eats or chews things that are not food.

*El niño tiene dificultad para masticar o tragar?

Child has trouble chewing or swallowing.

*Tiene preocupación de lo que el niño come?

Concerns about what the child eats.

*El niño tiene problemas a menudo de:

Child often has:

Diarrea

Diarrhea

Estreñimiento

Constipation

Miami Dade CAA Head Start/Early Head Start HSFIS Consentimientos y los Permisos Consents and Permissions

Fecha: ____/____/____

Date Complete

Tipo de Forma:

Form Type

Nueva

New

Modificado

Modified

El Nombre del niño: _____

Child Name

Primer nombre

First

Inicial

MI

Apellido

Last

Apellido Familiar _____

Family Name

Los consentimientos de evaluaciones:

Consent for Screening:

Iniciales

Initials

Visión /*Vision* _____

Audición/*Hearing* _____

Estatura y Peso/ *Heights and Weights* _____

Plomo/*Lead Screenings* _____

Hematocrit/ Hemoglobina /*Hematocrito Hemoglobin* _____

Desarrollo y Conducta /*Developmental and Behavioral* _____

Presión Arterial /*Blood Pressure* _____

Dental /*Dental* _____

Classroom observación/*Classroom Observation* _____

Otoro/other _____

Otros Permisos/Autorización:

Other Permissions/Releases:

Compartir expediente medico con el sistema escolar _____

Share health records with the school system

Acompañar a la clase en los paseos _____

Accompany class on field trips

Uso de fotografía del niño _____

Use of the child's photograph

Otros consentimientos: Médico/Dental/Emergencias _____

Permiso para tener voluntarios en las clases como _____
 CAA Foster Grandparent Program u otros voluntarios aprobados
 por el programa.
Volunteer classroom assistance from CAA Foster Grandparent Program or other approved volunteers

Consentimientos y los Permisos /Consents and Permissions Signatures

La Firma del Padre/Apoderado/Guardián: _____ Fecha _____
Parent/Guardian Signature: _____ Date _____ / ____ / ____

Imprima el Nombre de Padre/Apoderado/Guardián: _____
Print Parent/Guardian Name: _____

Firma del Empleado/Personal: _____ Fecha _____
Staff Signature: _____ Date _____ / ____ / ____

Imprima el Nombre del Empleado/ Personal: _____
Print Staff Name: _____

AGENCY USE ONLY

Child's Name: _____ Parent's Name: _____

New Child

Items received:

| Items | Date Received/Comments |
|--|------------------------|
| *Birth Certificate (copy in file) | |
| *Proof of Income (copy in file) | |
| Parent's Picture Identification (copy in file) | |
| Social Security Cards for child and family members (copy in file) | |
| Immunization results(original in file) | |
| Physical Examination (original in file) | |
| TB or PPD Test /TB Risk Assessment (original in file) | |
| Hemoglobin and Hematocrit results (originals in file) | |
| Lead Screening results (original in file) | |
| Sickle Cell results (original in file) | |
| Vision Screening (original in file) | |
| Hearing Screening (original in file) | |
| Dental/Oral Health Examination (original in file) | |
| Diagnosed Disability Documentation (e.g. IEP/IFSP/Evaluation Report) | |

Application Tracking

| | Staff Signature | Staff Print Name | Date |
|------------------|-----------------|------------------|------|
| Folder Audit | | | |
| Medical Review | | | |
| Input into HSFIS | | | |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Interview with Staff | | | |
|----------------------|--|--|--|

Application Status

Accepted /Date_____
 Enrolled/Date_____
 Waiting list/Date_____

Returning Child

| | Staff Signature | Staff Print Name | Date |
|---|-----------------|------------------|------|
| Folder Audit | | | |
| Interview with Social Worker | | | |
| Medical Review: (End of the year Health Status Report) | | | |