



DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD

Condado de Miami-Dade
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
PROGRAMA HEAD START/EARLY HEAD START
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN



(Copia del padre / madre / tutor legal)

En el momento de la solicitud de admisión, se requiere presentar prueba de nacimiento, prueba de ingreso, identificación del padre/madre o tutor y prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade. Esta información se usa para determinar elegibilidad para participar en el programa. Si marcó "sí" en la lista de verificación de circunstancias familiares en la página 2 de la solicitud, usted debe presentar los documentos de esos elementos. El personal estará a su disposición para ayudarle a llenar la solicitud.

TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR VIGENTES EN EL MOMENTO DE PRESENTARLOS:

Prueba de edad: • EHS - Las mujeres embarazadas pueden tener cualquier edad. Niños: Desde su nacimiento hasta 3 años de edad, después del 1ro de septiembre de 2018. • HS – Es necesario que los niños tengan 3 años de edad, como mínimo, el 1ro de septiembre de 2018, o antes, o no más de de cinco (5) años de edad, después del 1ro de septiembre de 2018.	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento • Pasaporte • Certificado de huella del hospital firmado • Declaración de edad notariada • Declaración del médico (para embarazadas)
Prueba del ingreso bruto del padre/madre o tutor legal de los últimos 12 meses o del último año calendario (2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1040 - Declaración de Impuestos sobre la Renta, firmado • Formulario(s) W-2 • Recibos de pago • Remuneración por desempleo • Declaración escrita en papel con membrete del empleador • Hoja impresa de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) • Hoja impresa de Ayuda Temporal para Familias con Necesidades (TANF) • Agencia para Asistencia a Menores • Formulario de declaración de ingresos
Prueba de identificación del padre o la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción/Pasaporte • Documento de identificación con foto emitido por el estado de Florida • Documento de identificación emitido por el empleador/Documento de identificación militar • Documento de identificación de refugio para desamparados
Prueba de residencia en el Condado de Miami-Dade	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducción • Documento de identificación con foto y dirección emitido por el estado de Florida • Facturas de servicios públicos (electricidad, teléfono, cable, etc.) • Contrato de arrendamiento, alquiler y/o hipoteca • Carta de TANF, de SSI, de desempleo
Prueba de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Plan educativo individualizado (IEP, en inglés) • Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP, en inglés)
Prueba de presunción de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones y declaraciones de médicos y terapeutas, que detallen sus inquietudes
Prueba de verificación de desamparo	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de institución de desamparo o asistente social • Declaración del solicitante
Prueba de consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del personal del programa de tratamiento
Prueba de violencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la Agencia para Víctimas de Violencia Familiar o del personal • Documentos del tribunal (en el último año)
Prueba de condición de estudiante	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción actual/Horario académico o de clases
Prueba de educación, de 8vo grado y grados inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del solicitante / Notas académicas oficiales
Prueba de discapacidad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del beneficiario de SSI / Declaración del médico
Prueba de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos médicos (vigentes)
Prueba de residencia en vivienda pública	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler/arrendamiento con Agencia de Vivienda Pública de Miami-Dade (MDPHA, en inglés)
Prueba de cuidado de acogida / protección legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de Agencia de Cuidados de Acogida / Orden de Protección
Prueba de tutela / protección legal	<ul style="list-style-type: none"> • Documento del Sistema Judicial / Orden de protección

Es necesario que los padres verifiquen que la información proporcionada en la solicitud y los documentos acreditativos sean correctos y verdaderos y que se declaren todas las fuentes de ingreso de los padres / tutores legales. La tergiversación intencionada de toda información proporcionada puede ocasionar la suspensión del niño del programa. Los trámites de inscripción demorarán si la solicitud está incompleta o si faltan documentos.



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



Información sobre la familia

Nombre del adulto principal: _____
Nombre del niño que cumple los requisitos: _____

Fecha de nacimiento: _____
Fecha de nacimiento: _____

Información general:				
Dirección de residencia:	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado: MIAMI-DADE
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número(s) telefónico(s)	Casa, trabajo, celular, correo electrónico	Principal	Notas	
N° personas en el hogar _____ N° personas en la familia _____ N° total de niños _____ Edad 0-3 _____ Edad 4-5 _____ Edad 6 y mayor _____ (que viven con el niño) (mantenidos con los ingresos del padre/madre/ tutor)				
Condición de los padres: <input type="checkbox"/> Biológicos / Adoptivos / Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela* <input type="checkbox"/> Nieta/Nieto* <input type="checkbox"/> Otro parentesco, especifique* _____ <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Los dos padres * Se requiere documento del tribunal para inscribir al niño.		Idioma principal de la familia en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creol haitiano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Europeo y eslavo <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático oriental <input type="checkbox"/> Asiático del Oriente Medio y del sur de Asia <input type="checkbox"/> Indo-americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> América centro-norte, América del Sur <input type="checkbox"/> Otro idioma, debe especificar: _____		Centro donde se presenta la solicitud: _____ _____
Ingreso familiar:				
TANF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cupones de alimentos/SNAP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ID# de WIC _____				
Fuentes de ingreso:	Cantidad:	Frecuencia:		
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anual		
Por ejemplo: Ingresos ganados: Formulario 1040, Formulario W-2, recibos de pago, carta del empleador, pensión/jubilación del Seguro Social, remuneración por desempleo, manutención infantil/de cónyuge por orden del tribunal. Ingresos no ganados: Asistencia pública (p. ej. TANF o SSI), reembolso de cuidados de acogida; especifique si es otro tipo de ingreso.	Ingreso total:			
Notas sobre los ingresos:				
Contactos de emergencia: (Rellenar cuidadosamente)				
Nombre:		Relación:		
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	# telefónico:	# telefónico:
Nombre:		Relación:		
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	# telefónico:	# telefónico:
Proveedores médicos/dentales: (Rellenar cuidadosamente)				
(Proveedor médico): ¿El niño tiene alguna fuente de atención médica accesible continua (centro médico)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del médico:		Dirección		# telefónico:
<input type="checkbox"/> Si no tiene médico* *SOLO PARA USO DEL PERSONAL (El personal refiere al padre/madre/tutor a un proveedor de servicios médicos):		Fecha:	Empleado:	
(Proveedor dental): ¿El niño tiene alguna fuente de atención dental accesible continua (centro dental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del dentista:		Dirección:		# telefónico:
<input type="checkbox"/> Si no tiene dentista* *SOLO PARA USO DEL PERSONAL (El personal refiere al padre/madre/tutor a un proveedor de servicios médicos):		Fecha:	Empleado:	

SOLO PARA USO DEL PERSONAL



Condado de Miami-Dade
 Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
 División del Programa Head Start/Early Head Start
INFORMACIÓN DEL NIÑO QUE CUMPLE LOS REQUISITOS



Niño que cumple los requisitos (participante por primera vez):					
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento:		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Seudónimo	
Prueba de edad verificada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fuente de verificación de edad: <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Constancia médica (embarazadas) <input type="checkbox"/> Declaración de edad notariada <input type="checkbox"/> Otra prueba (especifique):		Sufijo del nombre	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial		Dominio del idioma inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		Elegibilidad médica: <input type="checkbox"/> Con beneficios de Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente elegible <input type="checkbox"/> No reúne los requisitos	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino		Otros idiomas que habla: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		# Medicaid: _____	
Nacionalidad: _____		Relación del adulto principal con el niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> De adopción* <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieta/nieto * <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro parentesco* (especifique) _____		Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número del seguro: _____	
		Relación del adulto secundario con el niño: <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> De acogida* <input type="checkbox"/> De adopción* <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieta/nieto* <input type="checkbox"/> Tutor legal* <input type="checkbox"/> Otro parentesco* (especifique) _____		Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número del seguro: _____	
		¿Existe una orden de protección o de prohibición de contacto que se refiera al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Remisión hecha a: _____ Fecha de solicitud hecha a Florida KidCare: _____ Empleado: _____ Fecha: _____	
		* Se requiere documento del tribunal para inscribir al niño.			
Necesidades especiales / discapacidad:					
Plan para la evaluación de diagnóstico de discapacidad realizada por una Escuela Pública del Condado de Miami-Dade-Plan (IEP):				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Programa Early Steps-Plan de asistencia familiar individualizado (IFSP)				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Diagnóstico profesional (terapia del lenguaje, ocupacional, etc.):				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Dispositivos auxiliares usados: <input type="checkbox"/> No usa dispositivos auxiliares <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Dispositivos inmovilizadores <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas					
Servicios de salud:					
Su hijo recibe tratamiento médico por: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo en sangre <input type="checkbox"/> Si recibe otro tratamiento, especifique: <input type="checkbox"/> No recibe tratamiento médico					
Enumere todas las alergias conocidas, necesidades alimenticias u otros problemas médicos/dentales: Describe: <input type="checkbox"/> No se conoce ninguna					
Circunstancias familiares: (Rellenar cuidadosamente)					
Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada		Sí		No	
Consumo de sustancias, documentado				Desamparo: <input checked="" type="checkbox"/> la casilla adecuada	
				Periodo de tiempo en situación de desamparo: _____	
				Nombre de la agencia: _____	
Víctima de violencia doméstica, documentado				Si respondió Sí, explique: _____	
Educación de los padres inferior a 8 ^o grado, documentado				Vale de subsidio para atención infantil ELC (EHS-CCP) Si respondió Sí, escriba la fecha: _____	
Padre adolescente menor de 17 años, documentado				Al parecer, no recibe servicios sociales ni tiene necesidades especiales	
Residente en vivienda pública (MPHA), documentado				Notas	
Padre / estudiante que trabaja, documentado					
Discapacidad del padre/madre, documentado				**Fuente de remisión de la solicitud: (requerido)	
Hermano(s) que regresan al Programa Head Start/Early Head Start				<input type="checkbox"/> Coalición para el Aprendizaje Temprano <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Divulgación Comunitaria	
Transición de Early Head Start a Head Start				<input type="checkbox"/> Programa para discapacitados <input type="checkbox"/> Remisión por orden del tribunal	
Familias desplazadas por motivo de catástrofes				<input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Familia/Amigos	
Mujer embarazada, documentado				<input type="checkbox"/> Antigo padre participante <input type="checkbox"/> Hospital/Clinica médica <input type="checkbox"/> Healthy Start	
Remisión para recibir servicios por una agencia para el bienestar infantil, documentado				<input type="checkbox"/> Línea de Ayuda <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro pública o privada <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas <input type="checkbox"/> Agencia de Recursos y Remisión	
				<input type="checkbox"/> Auto-remisión <input type="checkbox"/> South Florida Workforce <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Agencia de desempleo <input type="checkbox"/> Feria Juvenil <input type="checkbox"/> Folleto informativo de HS/EHS	
				<input type="checkbox"/> Otra fuente (Especifique): _____	



Condado de Miami-Dade
 Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos
División del Programa Head Start/Early Head Start
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA



Adulto principal (Padre / Madre / Tutor Legal):

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------	---------------	-----------------------	----------------------------	---

Vive con la familia **Brinda apoyo financiero**

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/multiracial	Educación: <input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de asociado, escuela vocacional o algún tiempo de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado
Capacitación laboral / Escuela: <input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o no va a la escuela	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino	

Adulto secundario (Padre / Madre / Tutor Legal):

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------	---------------	-----------------------	----------------------------	--

Vive con la familia **Brinda apoyo financiero**

Dominio del idioma: Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente Otros idiomas que habla: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indo-americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Biracial/multiracial	Educación: <input type="checkbox"/> Grado académico avanzado o título de bachiller <input type="checkbox"/> Título de asociado, escuela vocacional o algunos años de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de educación media o diploma de educación general (GED) <input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{do} grado <input type="checkbox"/> Inferior a 8 ^{vo} grado
Capacitación laboral / Escuela: <input type="checkbox"/> Recibe capacitación laboral o va a la escuela <input type="checkbox"/> NO recibe capacitación laboral o no va a la escuela	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o latino	

EMPLEO: (Padre / madre / tutor legal)

Adulto principal: <input type="checkbox"/> Está EMPLEADO A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Está DESEMPLEADO (p. ej., no trabaja, jubilado o discapacitado) A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Miembro del Ejército de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano del Ejército <input type="checkbox"/> No corresponde	Adulto secundario: <input type="checkbox"/> Está EMPLEADO: A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Está DESEMPLEADO (p. ej., no trabaja, jubilado o discapacitado) A partir de: _____ <input type="checkbox"/> Miembro del Ejército de EE.UU. <input type="checkbox"/> Veterano del Ejército <input type="checkbox"/> No corresponde
---	---

Otros miembros de la familia (Sustentados por los ingresos del padre / madre / tutor legal):

Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el niño
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Verificación (se requiere la 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 elegibilidad, es correcta y verdadera. Sé que proporcionar información falsa sobre ingreso o edad, pudiera ocasionar la suspensión del programa.

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____