



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 lis 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: <ul style="list-style-type: none"> EHS – Fi ansent kapab gen nenpòt ki laj. Timoun: Depi lè yo fèt jiska laj 3 zan apre 1ye septanm 2020. HS – Timoun yo dwe gen omwen 3 zan nan dat oswa anvan 1ye septanm 2020, oswa pa gen plis pase senk (5) an apre 1ye septanm 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> Ak Nesans Paspò Sètifika Anprent Pye avèk Siyati Lopital la Fòmilè Afidavi Laj Notarye Deklarasyon doktè (fi ansent)
Prèv revni brit paran/gadyen legal la pou 12 mwa ki sot pase yo oswa dènye ane kalandriye a (2019).	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon Enpò sou Revni 1040 siyen Fòmilè W-2 Souch chèk salè Alokasyon Chomaj Deklarasyon ekri anplwayè yo sou papye ki gen antèt Revni Siplemanntè Sekirite Sosyal la (SSI) enprime TANF la enprime Òganis Pansyon Alimantè pou Timoun Fòmilè Deklarasyon Revni
Prèv Idantifikasyon Paran an/Gadyen Legal la	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Plan Ansèyman Endividyalize (IEP) Plan Sèvis Endividyèl ak Familyal IFSP
Prèv Andikap yo Sispèk	<ul style="list-style-type: none"> Evalyasyon ak deklarasyon doktè/terapis la k ap dekri enkyetid yo
Prèv Absans Domisil	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon yon etablisman pou sanzazil oswa yon travayè sosyal Deklarasyon Paran/gadyen an
Prèk Toksikomani	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon Pèsonèl Pwogram Tretman an
Prèv Vyolans Familyal	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon Òganis/Pèsonèl ki okipe Vyolans Familyal la Dokimantasyon Tribinal (pandan ane ki sot pase a)
Prèv ELC-Sibvansyon pou Gadri (EHS-CCP sèlman)	<ul style="list-style-type: none"> ELC-Bon Sibvansyon pou Gadri (avèk dat kalifikasyon yo)
Prèv Estati Elidyan	<ul style="list-style-type: none"> Relvednòt Ajou /Orè Kou
Prèv Edikasyon Wityèm Ane ak Pi Ba	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon Kandida a /Relvednòt Eskolè Ofisyèl
Prèv Andikap Paran	<ul style="list-style-type: none"> Lèt Benefisyè SSI /Deklarasyon Doktè
Prèv Gwosès	<ul style="list-style-type: none"> Deklarasyon doktè a avèk dat yo prevwa pou akouchman an
Prèv Rezidans nan Lojman Piblik	<ul style="list-style-type: none"> Kontra Lokasyon MDPHA
Prèv Swen nan Fwaye Dakèy-Gad Legal	<ul style="list-style-type: none"> Dokimantasyon nan men Òganis Swen nan Fwaye Dakèy la/Òdonans Gad la
Prèv Gad Legal	<ul style="list-style-type: none"> Dokimantasyon nan men Sistèm Tribinal la /Òdonans Gad la

Paran yo dwe verifiye 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
 Departman Aksyon Kominotè ak Sèvis Sosyal
Pwogram Head Start/Early Head Start
DEMANN ADMISYON
Office Use Only
(Checked upon receipt of Documentation)
REGISTRATION REQUIREMENTS



ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT AT TIME AT SUBMISSION:

	Yes	No
Proof of Age: <ul style="list-style-type: none"> • EHS - Pregnant women can be any age. Children: Birth to age 3 years after September 1, 2020. • HS - Children must be at least 3 years old on or before September 1, 2020, or no more than five (5) years old after September 1, 2020. 		
Proof of parent/legal guardian gross income for the past 12 months or the last calendar year (2019).		
Proof of parent/legal guardian Identification		
Proof of Miami-Dade County Residency		
Proof of Disability		
Proof of Suspected Disability		
Proof of Homelessness		
Proof of Substance Abuse		
Proof of Domestic Violence		
Proof of ELC-Child Care Subsidy (EHS-CCP only)		
Proof of Student Status		
Proof of Education eight grade and below		
Proof of Parental Disability		
Proof of Pregnancy		
Proof of Public Housing Residency		
Proof of Foster Care/Legal Custody		
Proof of Guardianship/Legal Custody		

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 _____



ENFÒMASYON SOU MANM FANMI AN

Non Timoun nan			Dat li Fèt	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi

Ras	Etnisite	Metriz Lang
<input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Nwa oswa Afwo-Ameriken <input type="checkbox"/> Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska <input type="checkbox"/> Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Metis	<input type="checkbox"/> Orijin Ispanik oswa Latino <input type="checkbox"/> Orijin ki pa Ispanik ni Latino Nasyonalite: _____	Angle <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modere <input type="checkbox"/> Konpetan Lòt Lang Li Pale: _____ <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modere <input type="checkbox"/> Konpetan

Edikasyon	Anplwa	Fòmasyon Pwofesyonèl/Lekòl
<input type="checkbox"/> Yon diplòm ètid sipèryè oswa yon lisans <input type="checkbox"/> Yon diplòm ètid dezan, lèkòl pwofesyonèl, oswa pa fini kolèj <input type="checkbox"/> Gradyè dezyèm sik segondè oswa fè GED <input type="checkbox"/> 9 ^{èm} – 12 ^{èm} ane <input type="checkbox"/> Pi ba pase 8 ^{èm} anè	<input type="checkbox"/> ÈSKÈ OU GIN TRAVAY ? Ki kote? _____ <input type="checkbox"/> A plentan (omwen 35 èdtan) <input type="checkbox"/> A tan pasyèl (35 èdtan pou piplis) <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI/Pa gen travay? _____ Ètes-vous: <input type="checkbox"/> retraitè ou <input type="checkbox"/> handikapè	<input type="checkbox"/> Li nan fòmasyon pwofesyonèl oswa nan lekòl <input type="checkbox"/> Li PA nan fòmasyon pwofesyonèl ni nan lekòl

Relasyon avèk Timoun nan: Byolojik/Adoptè/Bofis/Bèlfi Paran Adoptif Granparan Lòt Fanmi Gadyen Lègal
 Gad Lè Ta Rète avèk Fanmi li Bay Soutyen Finansyè Paran Adolèsan Sibvansyonè

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

Adrès Imèl: _____@_____

Dezyèm Granmoun nan (Paran/Gadyen Legal)				
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi	Dat li Fèt	Sèks <input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi

Ras	Etnisite	Metriz Lang
<input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Nwa oswa Afwo-Ameriken <input type="checkbox"/> Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska <input type="checkbox"/> Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Metis	<input type="checkbox"/> Orijin Ispanik oswa Latino <input type="checkbox"/> Orijin ki pa Ispanik ni Latino Nasyonalite: _____	Angle <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modere <input type="checkbox"/> Konpetan Lòt Lang Li Pale: _____ <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modere <input type="checkbox"/> Konpetan

Edikasyon	Anplwa	Fòmasyon Pwofesyonèl/Lekòl
<input type="checkbox"/> Yon diplòm ètid sipèryè oswa yon lisans <input type="checkbox"/> Yon diplòm ètid dezan, lèkòl pwofesyonèl, oswa pa fini kolèj <input type="checkbox"/> Gradyè dezyèm sik segondè oswa fè GED <input type="checkbox"/> 9 ^{èm} – 12 ^{èm} ane <input type="checkbox"/> Pi ba pase 8 ^{èm} anè	<input type="checkbox"/> ÈSKÈ OU GIN TRAVAY ? Ki kote? _____ <input type="checkbox"/> A plentan (omwen 35 èdtan) <input type="checkbox"/> A tan pasyèl (35 èdtan pou piplis) <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI/Pa gen travay? _____ Ètes-vous: <input type="checkbox"/> retraitè ou <input type="checkbox"/> handikapè	<input type="checkbox"/> Li nan fòmasyon pwofesyonèl oswa nan lekòl <input type="checkbox"/> Li PA nan fòmasyon pwofesyonèl ni nan lekòl

Relasyon avèk Timoun nan: Byolojik/Adoptè/Bofis/Bèlfi Paran Adoptif Granparan Lòt Fanmi Gadyen Lègal
 Gad Lè Ta Rète avèk Fanmi li Bay Soutyen Finansyè Paran Adolèsan Sibvansyonè

Èske gen yon òdonans pwoteksyon oswa yon òdonans entèdiksyon kominike ki gen pou wè avèk timoun konse 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	Lakay/Travay/Selilè	Relasyon avèk Timoun nan		Vie Resevwa Tèks
				<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non



ENFÒMASYON SOU FANMI AN

Non Timoun nan			Dat li Fèt	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> EHS-CCP		
Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi		Pou ki sant I 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 omwen 6 zan	
Kantite Paran: <input type="checkbox"/> Yon paran <input type="checkbox"/> De paran <i>* Ou dwe bay dokiman jiridik pou enskri timoun nan.</i>		Lang Prensipal Fanmi an Lakay: <input type="checkbox"/> Angle <input type="checkbox"/> Panyòl <input type="checkbox"/> Slav Ewopeyen <input type="checkbox"/> Kreyòl <input type="checkbox"/> Afriken <input type="checkbox"/> Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Lazi de Lès <input type="checkbox"/> Mwayennoryan ak Lazi di Sid <input type="checkbox"/> Endyen Ameriken /Natif Natal Alaska <input type="checkbox"/> Amerik di Nò/Santral, Amerik di Sid <input type="checkbox"/> 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:		
Non Paran/Gadyen Lègal	Montan	Kantite Fwa	Deskripsyon	Verifikasyon sous revni
		<input type="checkbox"/> Chak semèn <input type="checkbox"/> Chak 2 semèn <input type="checkbox"/> Chak mwa <input type="checkbox"/> Chak anè		
		<input type="checkbox"/> Chak semèn <input type="checkbox"/> Chak 2 semèn <input type="checkbox"/> Chak mwa <input type="checkbox"/> Chak anè		
		<input type="checkbox"/> Chak semèn <input type="checkbox"/> Chak 2 semèn <input type="checkbox"/> Chak mwa <input type="checkbox"/> Chak anè		
Tanpri endike nan kolòn verifikasyon sou bò goch la: Revni Travay: 1040, W-2, Souch Chèk Salè, Lèt anplwayè, Pansyon/Retrèt Sèkiritè Sosyal, Alokasyon Chomaj, Soutnans/Pansyon Alimantè Tribinal Òdone, elatriyè. Lajan ki pa fèt nan Travay: Asistans Piblik (tankou TANF oswa SSI), Òdonans Tribinal/Ranbousman pou Swen nan Fwaye Dakèy, Sètifikasyon Zewo revni, elatriyè.		Revni Total:		Nòt sou Kalifikasyon an:

Kontak nan Ka Ijans:

Non	Relasyon	Remèt Timoun nan ba li	Adrès	Nim. Telefòn
		<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non		

SIKONSTANS FANMI AN: (tanpri ranpli byen)

Tanpri make <input checked="" type="checkbox"/> nan èspas apwopriyè a		Wi	Non	Tanpri make <input checked="" type="checkbox"/> nan èspas apwopriyè a		Wi	Non
Fi Ansent Dokimantè				Yon òganis pou byennèt timoun bay referans pou sèvis yo - Dokimantè			
Rezidan Lojman Piblik (MPHA) Dokimantè				Toksikomani Dokimantè			
Absans Domisil	Dèpi konbyen tan ou pa gen kay :			Fanmi ki dèplase poutèt katastwòf			
	Non Òganis la:						
Vyolans Familyal Dokimantè				Andikap Paran Dokimantè			
Frè/Sè k ap Retounen nan Head Start/EHS				Sibvansyon pou ELC-Bon pou Gadri Dokimantè (EHS-CCP sèlman)			

Sous ki Rekòmande Fè Demann nan:	<input type="checkbox"/> Early Learning Coalition <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Apwòch Kominotè <input type="checkbox"/> Early Steps/FDLRS <input type="checkbox"/> Rèfèrans Tribinal Òdone <input type="checkbox"/> Aksè San Rekòmandasyon <input type="checkbox"/> Depatman Timoun ak Fanmi <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Fanmi/Zanmi <input type="checkbox"/> Ansyen Paran <input type="checkbox"/> Lopital/Dispansè <input type="checkbox"/> Liy Èd Tèlèfonik <input type="checkbox"/> Healthy Start <input type="checkbox"/> Lojman Piblik <input type="checkbox"/> Òganizasyon Piblik ki Pa Gen Bi Pou Fè Pwofi <input type="checkbox"/> Lekòl Piblik <input type="checkbox"/> Fwa Lajenès <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Òganis Resous ak Rèfèrans <input type="checkbox"/> CareerSource <input type="checkbox"/> Biwo Chomaj <input type="checkbox"/> Enprime HS/EHS <input type="checkbox"/> Rèklam sou Otobis/Tren/Panno Piblisite <input type="checkbox"/> Lòt (Tanpri, presize): _____
---	---


ENFÒMASYON SOU TIMOUN NAN

Non Batèm	Dezyèm Non	Non Fanmi	Ti non	Sifiks	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> EHS-CCP
Pou ki sant l ap mande admisyon :					

Dat li fèt:	Sèks: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	Èske timoun sa tè fèt twò bonè? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non # Semèn Twò Bonè _____	Sous vèrifikasyon laj timoun nan? <input type="checkbox"/> Ak Nesans <input type="checkbox"/> Paspò <input type="checkbox"/> Dèklarasyon Doktè (Fi Ansent) <input type="checkbox"/> Afidavi Laj Notè <input type="checkbox"/> Lòt(Prezize):
--------------------	---	--	--

Ras: <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Nwa oswa Afwo-Ameriken <input type="checkbox"/> Endyen Ameriken oswa Natif Natal Alaska <input type="checkbox"/> Awayen Natif Natal/Moun Zil Pasifik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Metis Etnisite: <input type="checkbox"/> Orijin Ispanik oswa Latino <input type="checkbox"/> Orijin ki pa Ispanik ni Latino Nasyonalite: _____ Metriz Angle: <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modèrè <input type="checkbox"/> Konpètan Lòt Lang Li Pale: <input type="checkbox"/> Ankenn <input type="checkbox"/> Fèb <input type="checkbox"/> Modere <input type="checkbox"/> Konpetan	Asirans Maladi Prensipal: <input type="checkbox"/> Children Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP Konbine <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Li Pa Gen Asirans <input type="checkbox"/> Lòt <input type="checkbox"/> Asirans Maladi Privè <input type="checkbox"/> Asirans ki finanse nan Eta a sèlman Lòt Asirans Maladi: <input type="checkbox"/> Children Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP Konbine <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Li Pa Gen Asirans <input type="checkbox"/> Lòt <input type="checkbox"/> Asirans Maladi Prive <input type="checkbox"/> Asirans ki finanse nan Eta a sèlman Non Asirans Maladi a: _____	Estati Kalifikasyon li pou Medicaid: <input type="checkbox"/> Li Pa Kalifyè <input type="checkbox"/> Li Gen Medicaid <input type="checkbox"/> Li Posib pou Li Kalifyè Nimewo Medicaid: _____ Asirans Maladi: Nim. Asirans Maladi a: _____ Doktè/Fwayè 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: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tib pou Egalizasyon Presyon <input type="checkbox"/> Linèt <input type="checkbox"/> Lantiy Kontak <input type="checkbox"/> Beki <input type="checkbox"/> Wòkè <input type="checkbox"/> Baton <input type="checkbox"/> Chèz Woulan <input type="checkbox"/> Aparèy Òtopedik <input type="checkbox"/> Aparèy pou Tande Swen Medikal Kontini: <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Swen Dantè Kontini: <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non

Èske pitit ou a ap rèsèwa trètman mèdikal pou: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Anèmi <input type="checkbox"/> Oprèsyon <input type="checkbox"/> Dyabèt <input type="checkbox"/> Nivo Plon Elvè <input type="checkbox"/> Lòt, tanpri dèkri pi ba a: Bay lis tout alèji ou konnen, bezwen alimentantè li oswa lòt domèn medikal/dantè k ap bay traka: <input type="checkbox"/> Ou pa konn ankenn Dèkri sa k ap trakasè w yo:

Bezwen Espesyal/Andikap		
Evalyasyon yon Andikap Lekòl Piblik Konte Miami-Dade Dyagnostike –Plan Ansèyman Endividyalize (IEP)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi	Si sè WI, Dat: / /
Pwogram Early Steps-Plan Sèvis Endividyèl ak Familyal (IFSP) (IFSP)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi	Si sè WI, Dat:
Dyagnostik Pwofesyonèl (òtofofoni, terapi pou aktivite toulejou, elatriye)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi	Si sè WI, Dat:
Èske ou gen enkyetid konsènan konpòtman oswa devlopman pitit ou a?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi	Si sè WI, tanpri dèkri pi ba a:

Lòt Manm Fanmi (Ki resewa soutyen revni paran oswa gadyen legal la)					
Granmoun/Timoun	Nan Fanmi	Non Batèm	Dat li Fèt	Sèks	Relasyon avèk Timoun nan
<input type="checkbox"/> Granmoun <input type="checkbox"/> Timoun				<input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi	
<input type="checkbox"/> Granmoun <input type="checkbox"/> Timoun				<input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi	
<input type="checkbox"/> Granmoun <input type="checkbox"/> Timoun				<input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi	
<input type="checkbox"/> Granmoun <input type="checkbox"/> Timoun				<input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi	
<input type="checkbox"/> Granmoun <input type="checkbox"/> Timoun				<input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi	

Verifikasyon (Siyati an obligatwa) TANPRI LI ANVAN W SIYEN

Mwen vèrififye enfòmasyon ki nan dosyè demann admisyon sa a, (sa gen ladan prèv laj ak revni mwen bay pou detèminasyon kalifikasyon an) kòrèk ak vrè dapre sa mwen konnen. Mwen konprann sè yon demann sèvis ki pèye gras a fon fèdèral èpi si mwen fè èksprè bay enfòmasyon ki twonpè, ki enkòrèk oswa ki fo sa ta kapab gen kòm konsèkans yo mètè pitit mwen an deyò nan Pwogram Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start Child Care Partnership la èpi sa ta kapab genyen konsèkans jiridik grav pou mwen.

Non Paran an/Gadyen Lègal la an lèt dètache:	Siyati Paran an/ Gadyen Legal la:	Dat



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



ELIGIBILITY DETERMINATION FORM
(For Head Start/EHS Staff Only)

1. Primary Adult Name: _____ Birthdate: _____
 2. Eligible Child Name: _____ Birthdate: _____

3. Child's date of enrollment into program: _____ 1st Year Child's date of entry into program: _____
 2nd Year Child's date of entry into program: _____ 3rd Year Child's date of entry into program: _____

4. Earned Income Amount: _____ Unearned Income Amount: _____ Total: _____
CALCULATION AREA FOR INCOME (IF NEEDED)

5. **Verifying** Eligibility-(Enrollment by Type of Eligibility):

- Income below 100% of federal poverty guidelines _____%
- Over-Income** above 100% of federal poverty guidelines _____%
- Homeless
- Foster Care
- Supplemental Security Income (SSI) (Public Assistance)
- Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (Public Assistance)

Relevant Time Period used for calculation of income:

Last Calendar Year _____ **or**

Previous 12 months _____

6. Family Size: *(Supported by the income of the parent(s) or legal guardian-see page 1 of application):* _____

7. **Documentation** used to determine eligibility for the Relevant Time Period:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Form(s) 1040 | <input type="checkbox"/> TANF documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> W-2/1099 | <input type="checkbox"/> SSI documentation/Public Assistance |
| <input type="checkbox"/> Written statements from employer(s) | <input type="checkbox"/> *Homeless Shelter documentation |
| <input type="checkbox"/> Pay Stub(s) | <input type="checkbox"/> *Foster Care documentation |
| <input type="checkbox"/> Unemployment documentation | <input type="checkbox"/> Income Statement Form |
| <input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support documentation | <input type="checkbox"/> Certification of Zero Income Form |
| <input type="checkbox"/> Other eligibility documentation: _____ | |

Determining Eligibility - HS/EHS Staff signature *(required):*

Date of in-person interview: _____ Completed by Staff Name _____
(Please print)

Based on my examination and verification of the age and income eligibility documents provided by parent or guardian, I have determined that the child is eligible to participate in the HS/EHS program.

Staff Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Staff name (print): _____ Date: _____

Administrative Signature: _____ Title: _____ Date: _____