

**La documentación debe devolverse con la solicitud**

1. Copia del certificado de nacimiento de su hijo
2. Documentación de un mes del ingreso más actual para cada miembro adulto del hogar (talones de pago, W-2, declaración de impuestos reciente)
3. Hoja de presupuesto de Asistencia Pública Cartas de adjudicación de TANF/SNAP (si recibe asistencia)
4. Documentación de SSI (si se recibe para cualquier miembro del hogar)
5. Documentación de la manutención infantil que se recibe (solo el niño que se solicita)
6. Si no hay ingresos, debemos tener documentación de cómo se están pagando los gastos de su hogar. Esto puede ser una declaración notariada de la(s) persona(s) que le asiste.
7. Copia de la orden de la corte de custodia si tiene una

PAUTAS DE POBREZA 2024 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA	
PERSONAS EN FAMILIA/HOGAR	DIRECTRIZ SOBRE LA POBREZA
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720
PARA FAMILIAS/HOGARES CON MÁS DE 8 PERSONAS, AGREGUE \$5,380 POR CADA PERSONA ADICIONAL.	

**Asegúrese de responder todas las preguntas, firmar y fechar la solicitud. Si tiene alguna pregunta, llame a Holly Green, Defensora de la Familia de Head Start, al 585-658-4023, ext. 4125.**

# Head Start Program of Livingston County

KidStart  
5871 Groveland Station Road  
Mt Morris, NY 14510  
585)658-4023

**Nombre del niño#1** \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_ Indian/Alaskan \_\_\_ Asian \_\_\_ Black \_\_\_ Pacific/Islander \_\_\_ White \_\_\_ Multi/Bi-Racial \_\_\_ Other  
**Idioma principal** \_\_\_\_\_ **Hispanic** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Nombre del niño#2** \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_ Indian/Alaskan \_\_\_ Asian \_\_\_ Black \_\_\_ Pacific/Islander \_\_\_ White \_\_\_ Multi/Bi-Racial \_\_\_ Other  
**Idioma principal** \_\_\_\_\_ **Hispanic** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Condado de residencia \_\_\_\_\_

Certificado de nacimiento proporcionado \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Cómo llegar a casa \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #1** \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

GED/Diploma \_\_\_\_\_ El más alto nivel de educación \_\_\_\_\_

¿Eres el adulto de primaria? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ no

Race \_\_\_\_\_ Hispanic: \_\_\_ Sí \_\_\_ no

Idioma principal \_\_\_\_\_ Idioma secundario \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #2** \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

GED/Diploma \_\_\_\_\_ El más alto nivel de educación \_\_\_\_\_

¿Eres el adulto de primaria? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ no

Race \_\_\_\_\_ Hispanic: \_\_\_ Sí \_\_\_ no

Idioma principal \_\_\_\_\_ Idioma secundario \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #3** \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

GED/Diploma \_\_\_\_\_ El más alto nivel de educación \_\_\_\_\_

¿Eres el adulto de primaria? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ no

Race \_\_\_\_\_ Hispanic: \_\_\_ Sí \_\_\_ no

Idioma principal \_\_\_\_\_ Idioma secundario \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Tiene una orden de la corte de custodia?  Sí  no ¿Documentación archivada?  Sí  no

¿Es esta una colocación de cuidado de crianza?  Sí  no

¿Un trabajador social está trabajando con su familia?  Sí  no

Nombre del trabajador social \_\_\_\_\_

(Foster Care, Preventive, Protective)

Miembros del hogar	D.O.B.	Relación con el niño	Problemas de salud
--------------------	--------	----------------------	--------------------


¿Cómo se enteró de Head Start? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por qué le gustaría que su hijo participara en Head Start? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adulto primario \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

**Servicios comunitarios recibidos por los miembros de la familia:**

¿Su familia recibe cupones de alimentos? (SNAP)  Sí  no

¿Su familia recibe WIC?  Sí  no

¿Su familia recibe HEAP?  Sí  no

¿Alguien en su familia recibe consejería?  Sí  no

¿Todos en su hogar tienen seguro médico?  Sí  no

**Proporcione la información del seguro médico para su hijo a continuación.**

Medicaid \_\_\_\_\_ Policy # for child \_\_\_\_\_

Child Health Plus \_\_\_\_\_ Policy # for child \_\_\_\_\_

Family Health Plus # \_\_\_\_\_ MVP# \_\_\_\_\_ FIDELIS# \_\_\_\_\_

PC Option/BC Option \_\_\_\_\_ Policy # for child \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido servicios de intervención temprana? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué servicios recibieron?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada o tiene alguna preocupación sobre el crecimiento y / o desarrollo de su hijo, como el habla / lenguaje, las habilidades motoras grandes o pequeñas o el comportamiento? En caso afirmativo, **Por favor** describir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pediatra del niño** \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Cualquier especialista/dentista** \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Se asocia con alguna otra agencia o programa? \_\_\_\_\_

**Ingresos del hogar: debe proporcionar documentación**

		(weekly, hourly, monthly)
Employment _____	Importe _____	per _____
Unemployment _____	Importe _____	per _____
Public Assistance _____	Importe _____	per _____
Child Support for applicant only _____	Importe _____	per _____
SSI/SSDI _____	Importe _____	per _____
Veterans Benefits _____	Importe _____	per _____
Pension _____	Importe _____	per _____
Foster care placement zero income _____		
Other _____	Importe _____	per _____

Número en Family \_\_\_\_\_ INGRESOS TOTALES DE TODAS LAS FUENTES \_\_\_\_\_

GUÍA DE INGRESOS \_\_\_\_\_ Ingresos familiares basados en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_  
Verificación de ingresos utilizada \_\_\_\_\_

¿Tiene una representación fiable? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ no

He leído esta solicitud en forma. Toda la información dada es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta, y se mantendrá confidencial. Entiendo que esta es una solicitud y no garantiza a mi hijo un lugar en el programa.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Familia referida \_\_\_\_\_

Contacto notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Livingston County Head Start

5871 Groveland Station Road  
Mt. Morris, NY 14510

Phone: 585-658-4023  
Fax: 585-658-4066

Nombre de la escuela: Livingston County Head Start

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Este formulario está destinado a abordar los requisitos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C.11435. Las siguientes preguntas son para ayudar a determinar si el estudiante cumple con la elegibilidad para los criterios provistos bajo la Ley McKinney-Vento.**

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Si respondió SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario. Si respondió NO, puede detenerse aquí.**

¿Dónde se queda el estudiante por la noche?

\_\_\_\_\_ en un refugio      \_\_\_\_\_ en un coche      \_\_\_\_\_ temporalmente con más de un  
 \_\_\_\_\_ en un motel/hotel      \_\_\_\_\_ Moverse de un lugar a otro      Familia en una casa

\_\_\_\_\_ otros (en un acuerdo que no es fijo, regular y adecuado y es no descrito por el otro opciones)

Nombre del (los) padre (s) / tutor legal (s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cremallera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito bajo la Sección 37.10, Código Penal, y la inscripción de un niño bajo documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula y otros costos. TEC. Sec.25.002 (3)(d).**

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente califica para el Programa de Nutrición Infantil bajo las disposiciones de la Ley McKinney-Vento.

Firma de enlace McKinney-Vento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_