

## South Jamaica Center for Children and Parents, Inc. Head Start Eligibility Application

**Application Completed -- In-Person** \_\_\_\_\_ **Telephone** \_\_\_\_\_ **Eligibility Date:** \_\_\_\_\_

**Solicitante** **Check box for Prenatal Mom**

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Age Eligibility Verified** **Source of Verification:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Masculino  Femenina **Idioma Primario:** \_\_\_\_\_ **Otro idioma:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** Hispano o Latino  sí  No

**Raza:**  Indio americano / Nativo de Alaska  Asiático  Bi-racial/Multi-racial  Negro/Afroamericano  Caucásico / Blanco  Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico

Otro, especifique \_\_\_\_\_  No Especificado, Explicar \_\_\_\_\_

**Seguro Médico:**  Sí  No **Proveedor:** \_\_\_\_\_ **Group #:** \_\_\_\_\_ **Policy#:** \_\_\_\_\_

**Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Dentista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Hospital Preferido** \_\_\_\_\_ **Clínica** \_\_\_\_\_

**Adult 1**

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **M. inicial:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Femenina

**Idioma Primario:** \_\_\_\_\_ **Otro idioma:** \_\_\_\_\_ **Etnicidad:** Hispano o Latino  Sí  No

**Raza:**  Indio americano / Nativo de Alaska  Asiático  Bi-racial/Multi-racial  Negro/Afroamericano  Caucásico / Blanco  Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico

Otro, especifique \_\_\_\_\_  No Especificado, Explicar \_\_\_\_\_

**Nivel de Educación:**  Bachillerato o Grado Avanzado  Título universitario o certificado de escuela de formación  Un Poco de universitario/ vocacional/ asociado  
 Graduado de Secundaria  GED  Grado 12  Grado 11  Grado 10  Grado 9 or Menos  Desconocido

**Estado de Empleo:**  Tiempo completo  Tiempo completo y formación  Medio tiempo  Medio tiempo y formación  Capacitación laboral o escuela  
 De Temporada (Seasonal)  Trabajador Agrícola Migrante  Retirado  Trabajadores por Cuenta Propia  Desempleado  Discapacitado

**Relación al Niño:**  Natural/Adoptado/hijastro  Nieta/o  Relativo  Adoptiva/o  Otro \_\_\_\_\_ **Custodia:**  Sí  No

**Marque Todo lo que corresponda:**  Vive con la familia  Provee Apoyo Financiero  M/Padre Adolescente (¿El padre adolescente recibe subsidio?  Yes  No)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

**Adult 2**

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **M. inicial:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Femenina

**Idioma Primario:** \_\_\_\_\_ **Otro idioma:** \_\_\_\_\_ **Etnicidad:** Hispano o Latino  Sí  No

**Raza:**  Indio americano / Nativo de Alaska  Asiático  Bi-racial/Multi-racial  Negro/Afroamericano  Caucásico / Blanco  Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico

Otro, especifique \_\_\_\_\_  No Especificado, Explicar \_\_\_\_\_

**Nivel de Educación:**  Bachillerato o Grado Avanzado  Título universitario o certificado de escuela de formación  Un Poco de universitario/ vocacional/ asociado  
 Graduado de Secundaria  GED  Grado 12  Grado 11  Grado 10  Grado 9 or Menos  Desconocido

**Estado de Empleo:**  Tiempo completo  Tiempo completo y formación  Medio tiempo  Medio tiempo y formación  Capacitación laboral o escuela  
 De Temporada (Seasonal)  Trabajador Agrícola Migrante  Retirado  Trabajadores por Cuenta Propia  Desempleado  Discapacitado

**Relación al Niño:**  Natural/Adoptado/hijastro  Nieta/o  Relativo  Adoptiva/o  Otro \_\_\_\_\_ **Custodia:**  Sí  No

**Marque Todo lo que corresponda:**  Vive con la familia  Provee Apoyo Financiero  M/Padre Adolescente (¿El padre adolescente recibe subsidio?  Yes  No)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

## Head Start Eligibility Application

<b>Applicant's Name:</b> _____	<b>Date of Birth:</b> _____	<b>Eligibility Date:</b> _____
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**Adultos/Niños Adicionales (No Solicitantes) Un miembro de la Unidad Familiar y Mantenido por los Ingresos del Padre/Tutor del Solicitante de HS**

Primer Nombre	MI	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género

**Family Information**

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_, New York **Zip** \_\_\_\_\_

**Dirección de envi** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_, New York **Zip** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** Cell \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Cell \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Estado Parental	Militar en Servicio Activo	Referido por la Agencia de Bienestar de Niños	Recibe SNAP	Recibe WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Familia sin hogar:**  
 ¿La dirección de vivienda es una residencia nocturna fija, regular y adecuada?    Si    No (indica sin hogar)

**Contactos de Emergencia**

Primer Nombre	Apellido	Relación con el niño/a	Teléfono	Marque Uno o Ambos
			Casa:	<input type="checkbox"/> Liberar a <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia
			Cell:	
			Trabajo:	
			Casa:	<input type="checkbox"/> Liberar a <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia
			Cell:	
			Trabajo:	
			Casa:	<input type="checkbox"/> Liberar a <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia
			Cell:	
			Trabajo:	

**Restringido de recoger:** \_\_\_\_\_ Court Order

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a** \_\_\_\_\_ **Razón** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a** \_\_\_\_\_ **Razón** \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE DE NIÑOS**

¿Este niño recibe transporte?    SI    No   *(Indicaciones completas para llegar a casa desde la escuela para una respuesta de sí o no)*

**Lugar de recogida:** \_\_\_\_\_ **Punto de entrega:** \_\_\_\_\_  
**Direcciones:** \_\_\_\_\_

---



---

## South Jamaica Center for Children and Parents, Inc. Head Start Eligibility Application

**Applicant's Name:** \_\_\_\_\_  
**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Eligibility Date:** \_\_\_\_\_

### INGRESOS FAMILIARES

**AIC – Annual Income Calculator:** **Annually:** No conversion needed **Monthly:** Multiply by 12 **Semi Monthly:** Multiply by 24  
**Bi Weekly:** Multiply by 26 **Weekly:** Multiply by 52

Income Source	Calculate all income with the exact amount reported on any income source.					
	Amount	X AIC	= Annual Income			
<b>1. Employment</b>						
<b>PRIMARY CAREGIVER</b>						
<input type="checkbox"/> Full Time (Use Gross Income)					<b>Check all documentation used to verify income:</b>  <input type="checkbox"/> Income Tax Form 1040  <input type="checkbox"/> W-2  <input type="checkbox"/> TANF Documentation <input type="checkbox"/> Pay Stub Pay Envelopes  <input type="checkbox"/> Unemployment  <input type="checkbox"/> Child Support  <input type="checkbox"/> Written Statements From Employers  <input type="checkbox"/> Foster Care Documentation <input type="checkbox"/> Kinship Care Documentation  <input type="checkbox"/> SSI Documentation  <input type="checkbox"/> Self Employed  <input type="checkbox"/> Support Letter  <input type="checkbox"/> Self-Declaration of Income  <input type="checkbox"/> Other  If <i>other</i> , please explain: _____	
<input type="checkbox"/> Part Time (Use Gross Income)						
<input type="checkbox"/> Self-Employment (Use Net Income)						
<b>SECONDARY CAREGIVER</b>						
<input type="checkbox"/> Full Time (Use Gross Income)						
<input type="checkbox"/> Part Time (Use Gross Income)						
<input type="checkbox"/> Self-Employment (Use Net Income)						
<input type="checkbox"/> Income Tax Return Statement / W-2						
<b>Section 1: Total Annual Income:</b>						
	Amount	X AIC	= Annual Income			
<b>2. Child Support</b>						
<b>Section 2: Total Annual Income:</b>						
<b>3. Public Assistance (Categorically Eligible)</b>						
<input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance to Needy Families)						
<input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income)						
<input type="checkbox"/> Emergency Assistance Money Payment						
<b>Section 3: Total Annual Income:</b>						
<b>4. Foster Care/ Kinship Care (Categorically Eligible)</b>						
<input type="checkbox"/> Foster Care						
<input type="checkbox"/> Kinship Care						
<b>Section 4: Total Annual Income:</b>						
<b>5. Other Income</b>						
<input type="checkbox"/> Social Security for the Aged/Disabled/Survivors						
<input type="checkbox"/> Unemployment/Workers' Compensation/Strike Benefits						
<input type="checkbox"/> Pension: Employee, Private and/or Military						
<input type="checkbox"/> Insurance or Annuity Payments						
<input type="checkbox"/> College/ University Scholarships/Grants/Fellowships/etc						
<input type="checkbox"/> Other Income (Please Specify)						
<b>Section 5: Total Annual Income:</b>						
<b>Total Number in Family Unit:</b>	<b>GRAND TOTAL ANNUAL INCOME:</b>					

**No Income**  
 How long has this family had no income? \_\_\_\_\_  
 Who provides food and shelter? \_\_\_\_\_

**Homeless:** Is the living address a fixed, regular, and adequate night time residence?     Yes     No (Indicates Homeless)

*In accordance with Head Start regulations, I certify that I have in person examined the source(s) of documentation as indicated above. I have calculated all income for the previous year or the preceding 12 months, as well as viewed the birth verification for the child applicant, and found the child to be:*

**Income Category (Check One)**

- Below 100% of Poverty
- Between 100% - 130% of Poverty
- Over 130% of Poverty

**Age Category (Check One)**

- Age Eligible for Head Start
- Not Age Eligible for HS (Date of Eligibility \_\_\_\_\_)

**Staff Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
**Staff Printed Name** \_\_\_\_\_ **Title** \_\_\_\_\_  
**Supervisor's Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

### South Jamaica Center for Children and Parents, Inc. Head Start Eligibility Application

**Applicant's Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Eligibility Date:** \_\_\_\_\_

#### Criterio de Elegibilidad

Marque Todo Lo Que Corresponda:

- Referencia de la Administración de Servicios para Niños (ACS)
- Estado de discapacidad (IEP certificado)
- Padre/Madre adoptivo
- Tutor legal (que no sea el padre biológico)
- Asistencia en efectivo y cuidado infantil de transición
- Sin hogar (Homeless)
- No hablan inglés/aprendices de dos idiomas o inglés como segundo idioma
- Padre adolescente que asiste a la escuela en el distrito escolar local
- Padre adolescente que asiste a un programa GED, escuela vocacional o universidad
- Padre adolescente que actualmente no asiste a la escuela
- Necesidades especiales \_\_\_\_\_
- Al marcar esta casilla, el padre/tutor indica que una o más de las siguientes situaciones ocurrieron en los últimos 12 meses
  - Child Protection Services está trabajando con Family*
  - Problemas de salud física o mental, discapacidad o enfermedad terminal*
  - Muerte en la familia inmediata en el último año*
  - Embarazo de alto riesgo*
  - Abuso de alcohol y sustancias*
  - Trabajador desplazado o de temporada*
  - militar desplegado*
  - Violencia doméstica*
  - Padre/Madre encarcelado*
- Madre/Padre Soltero/a
- El padre/tutor está inscrito en el programa CLIP en York College
- El padre/tutor está inscrito en el programa ESL, GED en York College
- El padre/tutor está inscrito en York College
- El padre/tutor está inscrito en GED, capacitación vocacional o universidad
- El Padre o Madre / tutor está inscrito por más de 12 horas semestrales
- El Padre o Madre / tutor completó más de 20 horas semestrales
- El padre/tutor trabaja más de 25 horas por semana sin un cuidador en el hogar
- El padre/tutor trabaja de 15 a 24 horas por semana sin cuidador en el hogar
- El padre/tutor trabaja menos de 15 horas a la semana sin un cuidador en el hogar

#### Program Information

Program Model:  Head Start  Full-year needed

Program Site \_\_\_\_\_

Comments \_\_\_\_\_

I certify that the information given on all four pages of this application is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

**Firma del Padre / Tutor** \_\_\_\_\_ **Application Completion Date** \_\_\_\_\_

**Verifying Staff Member Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Supervisor's Signature** \_\_\_\_\_ **Selection Criteria Score** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_