

SOLICITUD PARA HEAD START:

Por favor, llene ambos formularios (la solicitud no será procesado si no esté completa) y traiga lo siguiente:

Head Start es un programa pre-escolar gratis para las familias que califican según sus ingresos. Para que una solicitud a Head Start sea completa y procesada y para poner al niño en la lista de espera, se requiere verificación de sus ingresos de los últimos 12 meses. La siguiente lista muestra las diferentes maneras para verificar sus ingresos:

- Declaración de ingresos federales 2018 1040
- Comprobantes de pago para los últimos 12 meses
- Una carta de su empleador en papel oficial de la empresa
- Para beneficios SSI-carta de declaración, fotocopia del cheque mensual, o extracto de cuenta bancaria si el dinero esté depositado automáticamente
- Manutención de hijos/Pensión alimenticia-verificación
- Iowa Workforce-verificación para los últimos 5 quarters (para los últimos 15 meses)
- FIP-carta verificante de DHS, o fotocopia del cheque mensual, o extracto de cuenta bancaria si el dinero esté depositado automáticamente
- Para estudiantes universitarios-verificación de préstamos y/o otra ayuda
- Fotocopia de visa si no es elegible para trabajar

La solicitud puede ser enviada a dejada en:

Hawkeye Area Community Action Program, Inc.
1515 Hawkeye Drive, PO Box 490, Hiawatha, IA 52233
Formulario básico de ingreso – Pre-escolar (HS/EHS)

Flag for Review
 Red – Health
 Blue – Disability
 Yellow – Nutrition
 Green – Other
ATTACH FLAG HERE →

Apellido _____ Nombre(s) _____
 (Last name) (First name)

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 (Street address) (City) (State) (Zip code)

Dirección de correo (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 (Mailing address) (City) (State) (Zip code)

Teléfono primario (casa/celular) _____ Teléfono alternativo (celular/trabajo/mensaje/emergencia) _____
 (Primary phone number) (Alternate phone number)

VIVIENDA: Es dueño o está comprando Alquila Sin casa Otro, explique _____
 (Housing) (Owner or buying) (Renting) (Homeless) (other)

TIPO DE FAMILIA: Madre soltera Padre soltero Casa de dos padres
 (Family type) (Single mother) (Single father) (Two parent household)

Número total de personas viviendo en la casa: _____ # de niños _____ Por edad: 0-3 _____ 4-5 _____
 (Total number of household members) (# of children) (by age)

Idioma nativo si no es inglés: _____ (Native language if other than English) Alguien en su familia es veterano: _____

Miembros de casa (se incluye a usted mismo; Si son más que cinco miembros, por favor use el otro lado de esta hoja)

	Nombres y apellidos	Relación al Solicitante	Fecha de nacimiento	Género	Raza	Nivel de educación	Estatus de empleo	Discapacidad Sí o No	Seguro médico?
Adulto primario									
Adulto secundario o Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									

Codes

Nivel de Educación		Estatus de Empleo			Seguro Médico	
COL-Universidad/Entrenamiento avanzado	G9-Grade 9 or less	F-Tiempo Completo/Full Time (28+ horas por semana)	B-Tiempo completo & entrenamiento	XIX	Otro	
CTG-Certificado de Entrenamiento	G10-Grade 10	P-Tiempo Parcial/Part Time	L-Tiempo parcial & entrenamiento	Hawk-I	Privado	
HSG-Colegio/Preparatoria/High School	G11-Grade 11	R-Jubilado/Retirado o Discapacitado	S-Emplojo temporal	Ninguno		
GED-Diploma de Educación General	G12-Grade 12	T-Entrenamiento o Escuela	U-Desempleo			

FUENTES DE INGRESOS

(Income sources)

Ingresos recibidos en el último año (marque todos que apliquen)

	Adulto Primario	Adulto Secundario
Trabajo (work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSI (Ingresos suplementarios de seguridad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad social (social security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIP/TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo (Unemployment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beca de estudio (scholarship)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becas (grants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de hijos (Child support)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, explique (Other)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

****Se requiere prueba de ingresos para procesar esta aplicación**
 (Proof of Income will be required to process application)

Doctor:
 Nombre: _____ Teléfono: _____
 (Name) (Phone)
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 (Address) (City) (State)

Dentista:
 Nombre: _____ Teléfono: _____
 (Name) (Phone)
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 (Address) (City) (State)

Contactos de Emergencia

(Que no sean los padres)

#1
 Nombre: _____ Relación: _____
 (Name) (Relationship)
 Dirección: _____
 (Address)
 Ciudad/Estado/Código postal _____
 (City/State/Zip code)
 Teléfono: Casa/Celular/Trabajo: () _____
Contacto de emergencia? Sí No
Dejar que el niño vaya con esta persona? Sí No
 (Release to?)

#2
 Nombre: _____ Relación: _____
 (Name) (Relationship)
 Dirección: _____
 (Address)
 Ciudad/Estado/Código postal _____
 (City/State/Zip code)
 Teléfono: Casa/Celular/Trabajo: () _____
Contacto de emergencia? Sí No
Dejar que el niño vaya con esta persona? Sí No
 (Release to?)

Preferencia de hospital: _____ Teléfono: _____
 (Hospital preference) (Phone)
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 (Address) (City) (State)

Verifico que esta información es correcta. Si alguna parte resulta ser falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada and podría yo ser objeto de acciones legales. También entiendo que la información de este documento será guardada en completa confidencia dentro de la agencia y me es accesible durante las horas normales de negocio.

Firma de padre/guardián: X _____ Fecha: _____

Firma verificante del personal: X _____ Fecha: _____