

**PY \_\_\_\_\_ FORMULARIO DE ELIGIBILIDAD**

<b>Razón para Elegibilidad:</b>	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Actualizar LE
<b>Familia con Custodia Compartida/Separada:</b>	<input type="checkbox"/> Tutor/Familia 1	<input type="checkbox"/> Tutor/Familia 2
<b>Matriculado/Terminado &amp; necesita re-verificar:</b>	<input type="checkbox"/> Regresar/Transición EHS – HS	<input type="checkbox"/> Re-Matricular-Descanso de Servicios
	<input type="checkbox"/> 3er año en HS	<input type="checkbox"/> Re-Matricula-Solicitado por Padre

NOMBRE DEL SOLICITANTE: 1.	Fecha de Nacimiento:
-------------------------------	----------------------

# de Personas en la Familia:  DEBERÁN estar viviendo en la casa, apoyado por padres/tutores y relacionados por sangre/matrimonio/adopción a los padres/tutores. Incluir la parte legalmente responsable o cuidador autorizado.

Miembros Adicionales en la Familia (Solamente Nombres Legales)	Fecha de Nacimiento	Relación (es decir Mamá, Papá, Tutor, Hermana, Hermano, Tía, Tío)
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**1A. ELEGIBILIDAD MCKINNEY-VENTO: Cuestionario de Residencia Familiar (Ley McKinney-Vento 42 USC 11435)**

NIÑO VIVE CON  1 Padre o Tutor  2 Padre o Tutor  1 Padre & Otro Adulto  
 Un Familiar (es)  Crianza Temporal  Un Adulto (s) (No Padre/Tutor)  Otro: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN DE VIVIENDA FAMILIAR: (MARCAR TODOS LOS QUE APLICAN):**

Domicilio del niño es una vivienda permanente  
**Si marcó vivienda permanente, ir a 1B. De otra forma, completar la siguiente sección.**  
 Domicilio del niño es una vivienda temporal  Debido a la pérdida de vivienda, situación económica o una razón similar  
 El niño está esperando un lugar de crianza temporal  El niño vive con alguien que no es un padre o tutor legal  
 Otro: \_\_\_\_\_

Área General/Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de vivienda:  Motel/Hotel  Albergue  Auto, Casa Rodante, o Lugar para Acampar  Hogar de Grupo  
 Hogar de Transición  Casa o Apartamento de otra Familia  Moviéndose de un lugar a otro

**1B. VERIFICACIÓN DE LA EDAD: Marcar aquí sí está adjunta a ChildPlus:  Marcar el tipo abajo.**

**Verificación de Fecha de Nacimiento/Nombre Legal:**  
 Acta de Nacimiento  Registro del Hospital  Documentos Legales  Medical: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**1C. ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA O OTRA**

Si la familia es categóricamente elegible, seleccionar una de las cajas de abajo y adjuntar la documentación apropiada. *La documentación deberá ser actual (dentro de los tres meses de la fecha de la solicitud) para demostrar que la familia está recibiendo servicios.*  
 Regular, en curso TANF/CalWORKS/CalFresh (Verificación de beneficios/NOA)  
 Regular, en curso Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (Carta de Verificación) Seguro Social (SS) no califica  
 Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 (Sección del Cuestionario de Residencia Familiar de arriba)  
 Crianza Temporal (deberá incluir el # del caso)  
**Nota: Si la familia es categóricamente elegible, omite 1D.**

<b>1D. ELEGIBILIDAD DE INGRESOS: 12 meses anteriores al mes de la presentación de la solicitud/elegibilidad (escaneado)</b>	
Ingreso Familiar Anual – Padre (s) el ingreso solo del año anterior (impuestos) o los últimos 12 meses a menos que haya un cambio significativamente diferente. Ingreso bruto en efectivo (antes de los impuestos) que incluye salario, ingreso militar (incluyendo salario y subsidio), beneficios de veteranos, beneficios del Seguro Social (jubilación y discapacidad), compensación por desempleo, manutención de niño, becas para estudiante (a excepción de matrícula y pagos específicos), etc.	
Padre/Tutor A:	
Columna A: Tipo de Ingreso & Verificación de Documentos Recibidos	Columna B: Periodo de Pago Cubierto
<b>Documentos de Ingreso Anual:</b> <input type="checkbox"/> Docs. de Impuestos 1040 FIRMADOS (#1) <input type="checkbox"/> W-2:TODOS los trabajos y desempleo (#2) <b>Documentos de Ingreso Actual:</b> <input type="checkbox"/> Talones de Pago (2 recientes y consecutivos) <input type="checkbox"/> Becas de Estudiantes <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Auto Declaración: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Documentos de Verificación del Empleado <b>Declaración de No Ingresos:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante: NO Ingreso/Becas <input type="checkbox"/> Ama de Casa: NO Ingreso <input type="checkbox"/> Formulario Cero Ingreso: Solo para la Familia <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal x52 <input type="checkbox"/> Cada dos semanas x26 <input type="checkbox"/> Dos veces al mes x24 <input type="checkbox"/> Mensual x12 <input type="checkbox"/> Anual <hr/> <b>Verificación por Terceros</b> <input type="checkbox"/> Rehusó Consentimiento
Padre/Tutor B:	
Columna A: Tipo de Ingreso & Verificación de Documentos Recibidos	Columna B: Periodo de Pago
<b>Documentos de Ingreso Anual:</b> <input type="checkbox"/> Docs. de Impuestos 1040 FIRMADOS (#1) <input type="checkbox"/> W-2:TODOS los trabajos y desempleo (#2) <b>Documentos de Ingreso Actual:</b> <input type="checkbox"/> Talones de Pago (2 recientes y consecutivos) <input type="checkbox"/> Becas de Estudiantes <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Auto Declaración: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Documentos de Verificación del Empleado <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Declaración de No Ingresos:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante: NO Ingreso/Becas <input type="checkbox"/> Ama de Casa: NO Ingreso <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal x52 <input type="checkbox"/> Cada dos semanas x26 <input type="checkbox"/> Dos veces al mes x24 <input type="checkbox"/> Mensual x12 <input type="checkbox"/> Anual <hr/> <b>Verificación por Terceros</b> <input type="checkbox"/> Rehusó Consentimiento

<b>1E.DOCUMENTOS ADICIONALES: Marcar aquí sí está adjunta a ChildPlus: <input type="checkbox"/> Marcar el tipo abajo.</b>
<input type="checkbox"/> IEP/IFSP y/o Condición Médica. Se considerará Ninguna si no está marcado.
<input type="checkbox"/> Orden Actual de la Custodia: Adjuntar copia del doc. si existe una orden. Se considerará Ninguna si no está

<b>** Esta firma cubre todos los documentos usados para el proceso y verificación de la elegibilidad para la selección en Shasta Head Start.</b>			
Yo certifico que la información de arriba sobre la familia, los ingresos y el número de personas en esta familia es verdadera y correcta. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada, y puedo ser sujeto a una acción legal. También entiendo que la información de esta solicitud será guardada estrictamente confidencial en la agencia y estará accesible a mí durante las horas normales de oficina. <b>Se usará la opción automática de mensajes de Texto/Email a no ser que ponga sus iniciales para negarse:</b> _____ - Yo me estoy negando a la opción de contacto por Texto/Email	Yo he revisado los documentos arriba y verifico que la información a mi entender es verdadera y correcta. El personal de SHS responsable de la inscripción y selección de los participantes en el programa deberá seguir las normas de determinación de elegibilidad creadas por la Oficina de Head Start respecto a la edad y los ingresos de niños y mujeres embarazadas. Las violaciones intencionales y no intencionales de estas normas someterán al empleado a una acción disciplinaria hasta incluyendo el despido.		
Firma del Padre/Tutor:	Fecha Firmada	Firma del Personal de Head Start Staff	Fecha Firmada
Escribir el Nombre:		Escribir el Nombre:	

Actualizar Dirección/Teléfono#: \_\_\_\_\_

Actualizar Lugar/Opción del Programa: \_\_\_\_\_