

NACOG HEAD START

CACFP - APLICACIÓN

928-774-9504



NOMBRE DE CENTRO/BASE DOMESTICO

CENTRO

BASE DOMESTICO

EHS

DÍA EXTENDIDO

Niño		FECHA DE NACIMIENTO: _____ / ____ / ____
Idioma:	Grupo Étnico:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ¿USA PAÑALES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Necesidades Especiales/Preocupaciones con su Niño:		¿Como averiguo usted acerca de Head Start?

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	CODIGO POSTAL:
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	CODIGO POSTAL:
Numero de Teléfono de Casa:	Numero de Teléfono de Trabajo:	
Numero de Teléfono de Mensaje:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	

PADRE		FECHA DE NACIMIENTO: _____ / ____ / ____	Situación Militar (Si es aplicable) <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano
Idioma		Grupo Etnico:	ESTATUS MATRIMONIAL: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO
Relación al niño: <input type="checkbox"/> Padre Biológica <input type="checkbox"/> Otro _____		NIVEL DE EDUCACIÓN:	JEFE DE FAMILIA : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PADRE NO ESTA EN CASA : <input type="checkbox"/>
¿Esta atendiendo Escuela? <input type="checkbox"/> NO APLICABLE <input type="checkbox"/> Tiempo Repleto <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> AÑO REPLETO <input type="checkbox"/> AÑO PARCIAL		¿TIENE EMPLEO? <input type="checkbox"/> Tiempo Repleto <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> AÑO REPLETO <input type="checkbox"/> AÑO PARCIAL	<input type="checkbox"/> NO ESTOY EMPLEADO

MADRE		FECHA DE NACIMIENTO: _____ / ____ / ____	Situación Militar (Si es aplicable) <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Veterana
Idioma		Grupo Etnico:	ESTATUS MATRIMONIAL: <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> SOLTERA
Relación al niño: <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Otro _____		NIVEL DE EDUCACIÓN:	JEFE DE FAMILIA : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MADRE NO ESTA EN CASA : <input type="checkbox"/>
¿Esta atendiendo escuela? <input type="checkbox"/> NO APLICABLE <input type="checkbox"/> Tiempo Repleto <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> AÑO REPLETO <input type="checkbox"/> AÑO PARCIAL		¿TIENE EMPLEO? <input type="checkbox"/> Tiempo Repleto <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> AÑO REPLETO <input type="checkbox"/> AÑO PARCIAL	<input type="checkbox"/> NO ESTOY EMPLEADO

OTROS EN LA CASA PENDIENTES DE SU INGRESO		NUESTRA FAMILIA HOY:	
Nombre	Fecha de Nacimiento	RECIBE:	O HEMOS SIDO IMPACTADOS:
		Asistencia de Dinero/TANF	Cuidado de Crianza
		SSI/SSDI	Encarcelación
		SNAP (Estampillas De Comida)	Otro:
		Cuidado de los niños	Recolocación
		Otro:	Falta de Vivienda

Firma _____ Fecha _____
Firma _____ Fecha _____

Yo certifico que la información arriba es verdad según mi conocimiento. Comprendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para Head Start y CACFP. Comprendo que los oficiales institucionales puedan certificar esta información; y de que dar falsedad puede hacer que me quiten de Head Start y/o me arresten según los estatutos estatales y federales aplicables. Además estoy de acuerdo de reportar a Head Start cualquier cambio de ingreso que sobrepasa \$500/mes o \$500/año para los propósitos de CACFP.
Confidencialidad: La información que Ud. nos proporciona será tratada como asunto confidencial y será usada solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para Head Start y CACFP. La sección del Acto de Comidas Escolares requiere que se provea el número del caso TANF que otorga estampillas para comida, o si no, deberá de proporcionar el número del Seguro Social. Este puede ser el Seguro Social de la persona que firma la aplicación o una certificación que ningún miembro de la familia posee un número del Seguro Social. Proveer un número del Seguro Social no es mandatorio, pero si no se da este número, o si no se indica que el firmante tiene dicho número, la aplicación no puede ser aprobada. Esta notificación deberá de ser mencionada a la persona cuyo Seguro Social ha sido estipulado. El número del Seguro Social podrá ser utilizado para identificar a la persona que verifica que la información dada en esta forma es correcta. Este esfuerzo de verificación podrá ser llevado a cabo durante la revisión del programa, auditorías, o investigaciones y podrán incluir la verificación de ingresos en el empleo, contacto con la oficina que otorga estampillas para alimentos, o cualquier otro beneficio económico, verificación con la oficina estatal de empleo y seguridad económica para determinar la cantidad de ayuda que recibe, y revisar la autenticidad de documentos proporcionados en donde se especifican los ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden tener como resultado que se reduzcan los beneficios, reclamaciones por parte de las autoridades, y acción legal en su contra si se encuentra que ha proporcionado información falsa.