



**EARLY HEAD START PRE ELIGIBILITY
2010**

The Early Head Start (EHS) program is for low-income infants, toddlers (ages 0-3), pregnant women and their families. EHS programs enhance children's physical, social, emotional, and intellectual development; assist pregnant women to access comprehensive prenatal and postpartum care; support parents' efforts to fulfill their parental roles; and help parents move toward self-sufficiency.

Name: _____ Today's Date : _____

Person applying for program

Relationship to child: _____

Mailing Address: _____ City: _____ Zip: _____

Physical Address _____ City _____

If you are Pregnant, due date (mm/yy) : _____

Are you receiving prenatal services? Yes No

Child's
Name _____
D.O.B. _____

Programs currently enrolled in:

- Medicaid TANF
- WIC SSI
- Foster Care

FAMILY INFORMATION: TOTAL FAMILY MEMBERS LIVING WITH THE CHILD: _____

Name _____ Gender _____ Birthdate _____ Relationship to child _____

Name _____ Gender _____ Birthdate _____ Relationship to child _____

Name _____ Gender _____ Birthdate _____ Relationship to child _____

Name _____ Gender _____ Birthdate _____ Relationship to child _____

It is very important that you complete the income information. We are an income based program and need your exact income for last year. You will need to provide proof of income for enrollment.

Family/Parents income for last year \$ _____

To the best of my knowledge, the information given on this form is true and accurate. Completion of this form does not complete or guarantee enrollment in the program.

Parent Signature

Date



**PRE-ELIGIBILIDAD PARA HEAD START TEMPRANO
2010**

El programa de Head Start Temprano, Early Head Start (EHS), es para infantes, niños pequeños (0-3 años), mujeres embarazadas y sus familias de bajos ingresos. Los programas de EHS promueven el desarrollo físico, social, emocional e intelectual de los niños; asisten a las mujeres embarazadas a tener acceso a cuidados comprensivos prenatales y posparto; apoyan los esfuerzos de los padres de satisfacer su rol como padres y ayudan a los padres a lograr la auto suficiencia.

Nombre de padres: _____ Fecha: _____
o tutores

Relación con el niño: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Dirección Física _____ Ciudad _____

Si usted está embarazada, fecha de parto (mes/año) : _____

¿Está recibiendo servicios prenatales? Si No

Nombre
del niño/a : _____

Fecha de Nacimiento _____

Inscrito actualmente en los programas de:

Medicaid TANF
 WIC SSI
 Cuidado Foráneo
(Foster Care)

INFORMACIÓN FAMILIAR: NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN CON EL NIÑO: _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Es muy importante que competa la información acerca de los ingresos. Nuestro programa se basa en los ingresos y necesitamos saber el ingreso exacto del año pasado. Necesitará mostrar prueba de ingresos para la inscripción.

Total de ingresos familiares/padres del año pasado \$ _____

Aseguro, con lo mejor de mi conocimiento, que la información dada en este formulario es correcta y precisa. El completar este formulario no garantiza la inscripción en el programa.

Firma del padre/madre

Fecha