

1081 Corporate Drive  
 Lebanon, KY 40033  
 P: 270-795-4301  
 F: 270-692-0446



- Head Start
- Early Head Start
- County
- City

## Aplicación de Matricula

INFORMACION DEL SOICITANTE			
Apellido del Niño(a):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Genero: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Raza / Etnicidad: <input type="checkbox"/> Nativos Americanos <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro :		Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Dirección:			
INFORMACION PRIMARIA PARA ADULTOS			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Genero:	Raza / Etnicidad:	Relacion al Niño(a):	Custodia del Niño(a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección de Vivienda: <input type="checkbox"/> Marque si es la misma del solicitante			
Telefono: (    )	Texto: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Dirección de Correo Electronico:	Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
El más alto nivel de educación:	Estado de Empleo: (Tiempo-Parcial, Tiempo-Completo, Desempleado, Jubilado, Discapitado(a))		
INFORMACION SECUNDARIA PARA ADULTOS			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Genero:	Raza / Etnicidad:	Relacion al Niño(a):	Custodia del Niño(a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección de Vivienda: <input checked="" type="checkbox"/> Marque si es la misma del solicitante			
Telefono: (    )	Texto: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Dirección de Correo Electronico:	Idioma Primario: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
El más alto nivel de educación:	Estado de Empleo: (Tiempo-Parcial, Tiempo-Completo, Desempleado, Jubilado, Discapitado(a))		
MENCIONE CUALQUIER OTRO MIEMBRO DEL HOGAR / HERMANOS			
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relacion al Niño(a):	Eligible para Head Start el próximo año:

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION FAMILIAR** Familia de dos Padres  Familia con un Padre/Madre  Familia Provisional  Otro pariente(s): \_\_\_\_\_

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_

**¿RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES??****Fuentes de Elegibilidad**

- SNAP/Cupones de Alimentos (Food Stamps)
- TANF/KTAP
- SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)
- Seguridad Social
- Reembolso de Crianza (Foster Reimbursement)
- Apoyo para los Hijos (Child Support)

**Cobertura del Seguro**

- No Seguro de Salud
- Medicaid/Medicare (Passport)
- KCHIP
- Seguro Privado
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguna crisis familiar específica? Por favor explique:

Explique cualquier problema físico, mental o relacionado con la salud que pueda afectar el aprendizaje de su hijo (discapacidad diagnosticada o sospechada):

¿Como escucho de nuestro programa?

- Evento Comunitario  Anuncio  Distrito Escolar  Referencia de Socios Comunitarios  Padre anterior o actual  Comunicación Social  Carteleros  Anuncios de servicio público (TV/Radio)  Representante de Familias  Otro: \_\_\_\_\_

**Certificación:** *Entiendo que es deber del programa Head Start, como programa financiado con fondos federales, verificar mi elegibilidad. Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en esta agencia podrá ser terminada. También entiendo que la información contenida en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de las políticas de la agencia. Por la presente doy mi permiso para que se contacte a un recurso de terceros solo para la necesidad de verificar el soporte, si corresponde.*

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Agency Use Only*

Center Name: 1st Choice: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Choice: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_  
 Type of Interview: \_\_\_\_\_ In Person \_\_\_\_\_ Telephone: If telephone, state reason why: \_\_\_\_\_  
 Participation Year: (circle one) 1 2 3 (if 3 new application required)

Income Verification: \$ _____  Date of statement: _____  <input type="checkbox"/> Public Assistance Documentation (SSI, KTAP, TANF, SNAP) <input type="checkbox"/> Foster Documentation <input type="checkbox"/> McKinney Vento Letter <input type="checkbox"/> I040 Tax Statement <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 Statement <input type="checkbox"/> Child Support Statement <input type="checkbox"/> Social Security Administration <input type="checkbox"/> Documentation of No Income <input type="checkbox"/> Other: Specify _____	Income Verification: \$ _____  Date of statement: _____  <input type="checkbox"/> I040 Tax Statement <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 Statement <input type="checkbox"/> Child Support Statement <input type="checkbox"/> Social Security Administration <input type="checkbox"/> Documentation of No Income <input type="checkbox"/> Other: Specify _____	Income Verification: \$ _____  Date of statement: _____  <input type="checkbox"/> I040 Tax Statement <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 Statement <input type="checkbox"/> Child Support Statement <input type="checkbox"/> Social Security Administration <input type="checkbox"/> Documentation of No Income <input type="checkbox"/> Other: Specify _____
---	--	--

Birth Verification:     Birth Certificate     Immunization Certificate     Passport/K-Chip Card     Other: Specify: \_\_\_\_\_

4 Year Old	3 Year Old	2 Year Old	Suspected Disability	Identified Disability	Kinship/Relative	Foster Care
<b>55</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>01</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
McKinney-Vento	Public Assistance (SNAP, TANF, KTAP, SSI)	EHS to Head Start	Agency Referral (List in Comments)	Domestic Violence	CPS	Other (Explain in Comments)
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
Number in Family	Total Annual Income	Income Eligible (0-100%)	Income Eligible (100-130%)	Total Points	(For Office Use Only)	
		<b>95</b>	<b>45</b>		_____ / _____ _____ %	

Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*I certify that the information provided in this application is accurate to the best of my ability. As part of my review, I have verified eligibility including documentation of birth date and age. I understand that any authorized Head Start employee who knowingly alters or misrepresents application and eligibility information, including income or a family's financial status will be subject to disciplinary action.*

Verifying Staff Member: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Yes – Income/Categorically Eligible     Potential – Income Eligible (100 – 130%)     Not Income Eligible

