

**CONTACTOS:**

CODE #: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informacion de Contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informacion de Contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informacion de Contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informacion de Contacto: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informacion de Contacto: \_\_\_\_\_

**HEAD START COMMUNITY PROGRAM OF MORRIS COUNTY, INC.**

**HEAD START & EARLY HEAD START RECRUITMENT FORM**

**APLICA PARA:**

MUJERES EMBARAZADAS \_\_\_ BASADO EN EL HOGAR \_\_\_ EARLY HEAD START \_\_\_ HEAD START DOVER \_\_\_  
 HEAD START MORRIST. \_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

FECHA DESCREENING: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PUNTOS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NECESIDADES ESPECIALES: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE COMIENZO : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 FECHA DE RETIRO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN CON LA APLICACION:**

GENERO: \_\_\_ M \_\_\_ F

- \_\_\_ TARJETA DE VACUNAS (Niño/a)
- \_\_\_ PRUEBA DE EDAD (Certificado de Nacimiento, Tarjeta de Cuna, Pasaporte)
- \_\_\_ PRUEBA DE EMBARAZO (solo para mujeres embarazadas)
- \_\_\_ PRUEBA DE INGRESO (Desprendible de pago, Desprendible de desempleo, W-2, Beneficios de Seguro Social, TANF Notificacion con el monto mensual)

**POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTE FORMATO: FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_**

¿Cómo escuchó usted de Head Start? \_\_\_\_\_  
 Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento de la aplicación \_\_\_\_\_ (Si es mujer embarazada) fecha programada del parto: \_\_\_\_\_  
 Direccion Completa: \_\_\_\_\_ (numero, calle, pueblo, estado, código postal)  
 Numero de Teléfono #: \_\_\_\_\_ Lenguaje que se habla en la casa: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MAMA/MADRASTRA/ENCARGADA: \_\_\_\_\_ Cel.Tel. #: \_\_\_\_\_  
 Dirección, si es diferente de la del niño/a: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo/Escuela: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la escuela o el trabajo: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PAPA/PADRASTRO/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ Cel. Tel. \_\_\_\_\_  
 Dirección, si es diferente de la del niño/a: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo/Escuela: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la escuela o el trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE INGRESO / ENTREVISTA DE INGRESO:**  
**(Chequee los que aplican)**

No Ingreso: \_\_\_\_\_ (Necesita completar una forma de "NO INGRESO")

Desempleo       Beneficios de veteranos       Manutención de niños       Comp de empleo  
 Incapacidad       S.S.I       Asistencia Publica (TANF)       Seguro de desempleo

INGRESO NETO (ANTES DE TAXES Y DEDUCCIONES): \$ \_\_\_\_\_ semanal / 2 semanas / mensual / anual

**LISTE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN SU CASA Y DEPENDEN DEL MISMO INGRESO**

Nombre:	Fecha de Nac.	Parentesco con el aplicante:	Trabaja o estudia?	Ingreso Neto semanal
1. _____	_____	Aplicante	_____	\$ 0
2. _____	_____	_____	_____	\$ _____
3. _____	_____	_____	_____	\$ _____
4. _____	_____	_____	_____	\$ _____
5. _____	_____	_____	_____	\$ _____
6. _____	_____	_____	_____	\$ _____
7. _____	_____	_____	_____	\$ _____

Informacion adicional acerca de ingresos Familiares: \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\*

Su hijo esta inscrito en otro programa de educacion pre-escolar?  No  Si, Cual? \_\_\_\_\_

Usted o su niño/a recibe:  
 SNAP  WIC  SIN HOGAR  MIEMBRO MILITAR  NJ DFAMILY CARE / MEDICAID

Problemas de Salud: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Diagnóstico por alguna incapacidad: \_\_\_\_\_

Información adicional que pueda facilitar el trabajo con su hijo/a: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INCLUYA CUALQUIER OTRO NUMERO TELEFONICO EN EL QUE LO PODAMOS CONTACTAR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Distorción de la información o falsificación de documentos puede anular la elegibilidad para recibir servicios. Según mi conocimiento, toda la información provista es la correcta. Yo entiendo que Head Start la mantendrá confidencial.

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres/encargados \_\_\_\_\_  
 Fecha

EN CASO DE CAMBIO DE INFORMACION USTED DEBE COMUNICARLO A LA OFICINA DEL HEAD START, YA QUE ALGUNOS CAMBIOS PUEDEN AFECTAR LA CALIFICACION DE SU APLICACION.

\_\_\_\_\_  
 Recibido por (Personal de Head Start) \_\_\_\_\_  
 Fecha

**CONTACTS:**

CODE #: \_\_\_\_\_ -# \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**HEAD START COMMUNITY PROGRAM OF MORRIS COUNTY, INC.**

**HEAD START & EARLY HEAD START RECRUITMENT FORM**

**APPLYING FOR:**

PREGNANT WOMEN \_\_\_ HOME BASED \_\_\_ EARLY HEAD START \_\_\_ HEAD START DOVER \_\_\_

HEAD START MORRIST. \_\_\_

\*\*\*\*\*

**OFFICE USE ONLY:**

SCREEN'G DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ POINTS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SP. NEEDS: \_\_\_\_\_

STARTING DATE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

WITHDRAW DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**DOCUMENTS NEEDED WITH APPLICATION:**

GENDER: \_\_\_ M \_\_\_ F

- \_\_\_ IMMUNIZATION RECORD (child)
- \_\_\_ CHILD'S PROOF OF AGE (Birth Certificate, Crib Card, Passport)
- \_\_\_ PROOF OF PREGNANCY (pregnant women)
- \_\_\_ PROOF OF INCOME (Pay Stub, Unemployment Stub, W-2 Forms, Social Security Benefits, TANF Notice of Action with monthly amount)

\*\*\*\*\*

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM: APPLICATION DATE: \_\_\_\_\_

How did you hear about Early Head Start? \_\_\_\_\_

Applicant's name : \_\_\_\_\_

Applicant's D.O.B. \_\_\_\_\_ (If pregnant woman) Pregancy Due date: \_\_\_\_\_

Home complete address: \_\_\_\_\_ (number, street, town, state, zip code)

Home phone #: \_\_\_\_\_ Language spoken at home: \_\_\_\_\_

**CHILD: MOTHER'S//GUARDIAN'S NAME:** \_\_\_\_\_ Cel.Tel. #: \_\_\_\_\_

Address, if different from child's: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Place of employment/school: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

Work/School address: \_\_\_\_\_

**CHILD: FATHER'S//GUARDIAN'S NAME:** \_\_\_\_\_ Cel. Tel. \_\_\_\_\_

Address (if different from child's) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Place of employment/school: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

Work/School Address: \_\_\_\_\_

INCOME INFORMATION / INCOME INTERVIEW:

(Check those that apply):

No Income: \_\_\_\_\_ (Needs to complete "No Income Interview Form")

\_\_\_\_ Employment      \_\_\_\_ Veteran's Benefits      \_\_\_\_ Child Support/Alimony      \_\_\_\_ Disability  
\_\_\_\_ Unemployment Comp.      \_\_\_\_ S.S.I      \_\_\_\_ Public Assistance (TANF)      \_\_\_\_ Workmen's Comp.

HOUSEHOLD GROSS INCOME (BEFORE TAXES OR DEDUCTIONS): \$ \_\_\_\_\_ per week / 2 weeks / month / year

**LIST EVERY PERSON RESIDING IN YOUR HOME WHO IS SUPPORTED BY THE HOUSEHOLD INCOME**

Name:	D.O.B.	Relationship w/child:	School/Working?	Gross Income (Per week)
1. _____	_____	Applicant	_____	\$ 0
2. _____	_____	_____	_____	\$ _____
3. _____	_____	_____	_____	\$ _____
4. _____	_____	_____	_____	\$ _____
5. _____	_____	_____	_____	\$ _____
6. _____	_____	_____	_____	\$ _____
7. _____	_____	_____	_____	\$ _____

Additional information about Income: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
Is your child enrolled in any other Infant or Toddler Program?     No     Yes, Which one? \_\_\_\_\_

Are you and/or your child receiving:    SNAP     WIC     HOMELESS     MILITARY MEMBER     NJ FAMILY CARE

Health issues: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

Disability/Handicap diagnosis: \_\_\_\_\_

Additional information that might help in working w/you /your child: \_\_\_\_\_

**PLEASE INCLUDE ANY OTHER PHONE NUMBER WHERE YOU CAN BE REACHED AT:**

Name: \_\_\_\_\_ Phone #'s: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone #'s: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

**Misrepresentation of information or falsification of documents may void eligibility for services.** To the best of my knowledge, the above information is correct. I understand Head Start will be kept it confidential.

\_\_\_\_\_  
Signature / Child's Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**ANY CHANGE OF INFORMATION CAN AFFECT THE QUALIFYING STATUS OF THE APPLICATION. PLEASE CONTACT THE MAIN OFFICE TO UPDATE YOUR APPLICATION.**

\_\_\_\_\_  
Recieved by(Head Start staff)

\_\_\_\_\_  
Date