

Confirmación de Elegibilidad para Head Start/Early Head Start

El financiamiento para este programa es disponible por la Oficina de Head Start, por esta razón es necesario que los participantes verifiquen su elegibilidad para los servicios de Head Start o Early Head Start. Por favor, marque los recuadros que le aplican. Tendrá que probar su ingreso si solo le aplican recuadros E o F.

		Marque todos los que aplican
A	Mi hijo/a o el/la hijo/a de mi pareja actualmente recibe los servicios de Head Start o Early Head Start.	<input type="checkbox"/>
B	Mi hijo/a o el/la hijo/a de mi pareja actualmente está en una lista de espera para los servicios de Head Start o Early Head Start.	<input type="checkbox"/>
C	Tengo un niño bajo cuidado de crianza (foster care).	<input type="checkbox"/>
D	Tengo un niño o mi pareja tiene un niño que recibe ayuda pública (TANF o SSI).	<input type="checkbox"/>
E	Mi hijo/a o el/la hijo/a de mi pareja tiene entre 0 y 5 años Y el ingreso de mi familia es menos de <u>100%</u> de las líneas directivas nacionales de pobreza. (véase abajo)	<input type="checkbox"/>
F	Estoy embarazada (o mi pareja está embarazada) y el ingreso de mi familia es menos de <u>100%</u> de las líneas directivas nacionales de pobreza. (véase abajo)	<input type="checkbox"/>

Nombre impreso _____

Guía de Ingresos de Head Start

Personas en la familia o casa	100%
1	\$10,830
2	14,570
3	18,310
4	22,050
5	25,790
6	29,530
7	33,270
8	37,010

Por cada persona adicional, agregue	\$3,740
-------------------------------------	---------

Origen: *Federal Register*, Vol. 74, No. 14, January 23, 2009, pp. 4199-4201

Office Use Only

Class: _____ Cohort: _____ Agency: _____ ID: _____ Entered: _____