



**Junta de Comisionados del Condado de Hillsborough**  
**Programa Head Start/Early Head Start**  
**3639 W. Waters Ave., Oficina 500**  
**Tamp, FL 33614**  
**813-272-5140**  
**Fax # 813-975-2143**



## **PROGRAMA DE PADRES QUE ESPERAN HIJOS**

### **REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD:**

- 1. Madre embarazada, preferiblemente en su primer embarazo y durante su primer o segundo trimestre.**
- 2. Cumplir con los requisitos de ingresos familiares.**
- 3. Para un infante que haya nacido fuera del programa de padres que esperan hijos (EPP), El padre o madre debe estar trabajando a tiempo completo, (más de 25 horas a la semana) o estudiando a tiempo completo, verificado por el programa escolar.**

### **Favor de acompañar su solicitud con los siguientes documentos:**

1. Documentos sobre ingresos:
  - a. Planilla de contribuciones (Tax Form 1040) o W2 para verificar sus ingresos del año anterior.
  - b. Prueba de cualquier otro ingreso, como por ejemplo: Seguro Social, TANF, SSI, Pensión para niños, etc.
  - c. Si no tiene ingresos, debe traer una declaración (Zero Income Statement) notariada.
2. Carta del médico o un documento medico que compruebe el embarazo y la fecha de término.
3. Si está empleado (a), un recibo de su sueldo o una carta de verificación de empleo de su empleador.
4. Si va a la escuela, una copia del programa escolar o una carta de la escuela que compruebe que está matriculado (a) en la misma.

**PROGRAMA HEAD START/EARLY HEAD START  
PROGRAMA PADRES QUE ESPERAN HIJOS**

**NOMBRE MUJER EMBARAZADA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NAC:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **RAZA:** ( ) NEGRO ( ) BLANCO ( ) HISPANO OTRO \_\_\_\_\_

**# TELÉFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **# ALTERNO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **LANGUAGE HABLADO EN LA CASA:** \_\_\_\_\_ **ÚLTIMO GRADO COMPLETADO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ZONA POSTAL:** \_\_\_\_\_

**# SEGURO SOCIAL** (opcional) \_\_\_\_\_ **MEDICAID:** ( ) SÍ, # MEDICAID: \_\_\_\_\_ ( ) NO **OTRO SEGURO:** ( ) SÍ, # SEGURO: \_\_\_\_\_ ( ) NO

**ESTADO CIVIL:** ( ) SOLTERA ( ) SEPARADA ( ) DIVORCIADA ( ) CASADA Tiene usted un niño en el programa Head Start/Early Head Start? Sí ( ) No ( ) Nombre del Centro: \_\_\_\_\_ No ( )

NOMBRE	CUMPLEAÑOS	ÚLTIMO GRADO COMPLETADO	# SEGURO SOCIAL (opcional)	OCUPACIÓN	EMPLEO/ ESCUELA (NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO)
--------	------------	-------------------------	----------------------------	-----------	---

NOMBRE PADRE \_\_\_\_\_

PADRE (SI ES MENOR) \_\_\_\_\_ MADRE (SI ES MENOR) \_\_\_\_\_

GUARDIAN \_\_\_\_\_

**OTROS QUE VIVEN EN LA CASA (ADULTOS Y NIÑOS)**

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PROBLEMAS DE SALUD
--------	----------	------	---------------------	--------------------

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

NOMBRE	DIRECCIÓN	# TELÉFONO	RELACIÓN
--------	-----------	------------	----------

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**PARA MENORES SOLAMENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ (MADRE/PADRE), AUTORIZAMOS A \_\_\_\_\_

PARA QUE PARTICIPE EN EL PROGRAMA DE PADRES QUE ESPERAN HIJOS DEL PROGRAMA EARLY HEAD START.

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMBARAZO:**

Fecha aproximada de término: \_\_\_\_\_ ¿Embarazo de alto riesgo? Sí ( ) No ( )

¿Está usted en cama? Sí ( ) No ( ) ¿Está en su primer trimestre? (1-3 Meses) Sí ( ) No ( )

**INFORMACIÓN DE ALERTA MÉDICA (EJ: ALERGIAS, CONDICION MÉDICA O INCPACITANTE):**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SU MÉDICO PRINCIPAL, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO**

\_\_\_\_\_

**HOSPITAL PREFERIDO, NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO**

\_\_\_\_\_

**INGRESOS FAMILIARES BRUTOS:**

1. INGRESO SEMANAL DE LA MUJER EMBARAZADA: \_\_\_\_\_ EMPLEADA DESDE \_\_\_\_\_  
 INGRESOS RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES: \$ \_\_\_\_\_

2. INGRESOS SEMANALES DE LA MADRE (SI ES MENOR): \$ \_\_\_\_\_ EMPLEADO DESDE \_\_\_\_\_  
 INGRESOS RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES: \$ \_\_\_\_\_

2. INGRESOS SEMANALES DEL PADRE (SI ES MENOR): \$ \_\_\_\_\_ EMPLEADO DESDE \_\_\_\_\_  
 INGRESOS RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES \$ \_\_\_\_\_

4. OTROS INGRESOS: CUPONES DE ALIMENTOS – Sí ( ) No ( ) WIC – Sí ( ) No ( )  
 CASH SALARIOS/ AFDC - Sí ( ) No ( ) SSI/SSD – Sí ( ) No ( )  
 PENSIÓN PARA NIÑOS- Sí ( ) No ( )

SEGURO SOCIAL \$ \_\_\_\_\_ TANF \$ \_\_\_\_\_ PENSIÓN PARA NIÑOS \$ \_\_\_\_\_ OTRO \$ \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA ES CORRECTA Y VERDADERA Y QUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS HAN SIDO REPORTADAS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA PARA DETERMINAR ELIGIBILIDAD EN UN PROGRAMA FEDERAL Y QUE LA MISMA SERÁ VERIFICADA PARA ASEGURAR SU VERACIDAD. ENTIENDO TAMBIÉN CUALQUIER REPRESENTACIÓN FALSA DE ESTA INFORMACIÓN ESTARÁ SUJETA A SANCIONES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DE MUJER EMBARAZADA/PADRE/GUARDIAN FECHA

**INFORMACIÓN SOBRE NECESIDADES ESPECIALES**

¿ESTÁ SU EMBARAZO CONSIDERADO COMO DE “ALTO RIESGO”?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿HA SIDO EL NIÑO POR NACER DIAGNOSTICADO CON ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SU MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**AGENCIA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**# TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:  
 \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA BAJO ESTA LÍNEA**

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

<b>Eligibility Status</b>	<b>Points:</b>		<b>Points:</b>	
<b>Parental Status:</b>		<b>Other #1 :</b>		<b>Acceptance Status:</b>
<b>Disability Status:</b>		<b>Other #2:</b>		<b>Application Status:</b>
<b>Income:</b>		<b>Other #3:</b>		<b>Total Points:</b>
<b>Age:</b>		<b>Other #4:</b>		

1. FAMILY SIZE: \_\_\_\_\_

**CRITERIA ENROLLED UNDER:** \_\_\_\_\_ **EXPECTANT PARENT PROGRAM**

2. GROSS ANNUAL EARNED INCOME (DOCUMENTED):

A. CURRENT EARNED INCOME (COMPUTED IN ONE OF THE FOLLOWING WAYS):

1. MOTHER'S EARNED INCOME \$ \_\_\_\_\_ DOCUMENTATION: \_\_\_\_\_

2. FATHER'S EARNED INCOME \$ \_\_\_\_\_ DOCUMENTATION: \_\_\_\_\_

B. OTHER INCOME (MONTHLY)

TANF \$ \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY BENEFITS \$ \_\_\_\_\_ VETERAN'S BENEFITS \$ \_\_\_\_\_ UNEMPLOYMENT COMPENSATION \$ \_\_\_\_\_  
 CHILD SUPPORT \$ \_\_\_\_\_ OTHERS \$ \_\_\_\_\_ SOURCE: \_\_\_\_\_

C. TOTAL GROSS ANNUAL FAMILY INCOME: \$ \_\_\_\_\_ PAST 12 MONTHS \$ \_\_\_\_\_ PROJECTED 12 MONTHS \$ \_\_\_\_\_ INCOME ELIGIBLE ( ) YES ( ) NO OVER INCOME ( YES ( ) NO

DOCUMENTS REVIEWED AND VERIFIED BY: \_\_\_\_\_

FAMILY SERVICE WORKER'S SIGNATURE

DATE