

**MIGRANTE HEAD START
HOJA DE ELEGIBILIDAD PRELIMINARIA**

Este formulario debe de ser completada solamente por el personal.

Centro/FCCH _____

Padre o Tutor _____

Dirección actual _____ Teléfono _____

Dirección del correo (si es diferente a la de arriba) _____

A. ¿Cuántos niños menores de 6 años de edad necesitan cuidado?

Nombre de los Niños	Fecha de Nacimiento	✓ Si tiene Necesidades Especiales	Marque Uno	
			Preescolar	Infantes (menores de 3 años)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

B. Número total de miembros en la familia: Adultos _____ Niños _____

Sí	No

C. ¿Durante los últimos 24 meses se mudó en busca de trabajo de agrícola?

Si así fue, cuál fue la fecha de la mudanza: _____

1. La familia se mudó de: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2. Se mudó a: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

3. Dirección permanente: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sí	No

D. ¿Más de 50% de sus ingresos durante los últimos 12 meses fue de trabajo agrícola?

E. ¿Los ingresos familiares están al nivel o debajo del nivel en las pautas de ingresos de elegibilidad del programa?

Indique Programa: _____ Ingresos: \$ _____ ¿En qué periodo?: _____

Comentarios: _____

☐ Doy autorización a la agencia para dar la información de la preliminar a la Oficina de Educación del Condado, Departamento de Educación Migrante.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

SÓLO PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA CENTRAL

- ___ Family qualifies for Migrant Head Start and will register.
- ___ Family may qualify for Migrant Head Start fewer than 10% over income exemption.
- ___ Family does not qualify for Migrant Head Start. Referred to _____
- ___ Family may qualify for California Department of Education Program because they are:
 - ☐ Current Migrants ☐ Former Migrants
 - ☐ Seasonal Farm Workers ☐ Other Reasons

Explain _____

Agency Representative

Date