

# Solicitud de West River Head Start

**En Español**



**Requisito de edad: 3 - 5 años.** Un niño es elegible para la edad en su 3er cumpleaños ... ¡incluso durante el año escolar! Los niños de kínder no pueden inscribirse en Head Start.

Mandan tiene 4 aulas (3 aulas funcionan durante 6 horas y un aula funciona 8 horas. Carson, Hazen y New Salem tienen cada uno un aula que opera 8 horas según las necesidades de su comunidad.

**A partir del año escolar 2023-2024 ... los niños asistirán los lunes, martes, jueves y viernes (NO HEAD START EL MIÉRCOLES).**

No hay cargo para las familias que participan en este programa. Brindamos servicios a niños que viven en los condados de Morton, Oliver, Grant y Mercer condados en Mandan, New Salem, Carson & Hazen.

**Presente los siguientes documentos con la solicitud para determinar la elegibilidad de su hijo:**

- ✓ **Verification of Income (verificación de ingresos)**
  - Declaración de impuestos de 2022; O
  - Talonarios de pago actuales; O
  - Prueba de: TANF, SSI, SNAP, Cuidado de crianza; O
  - Falta de vivienda (diambulante) o sin ingresos (se adjuntan formularios)
- ✓ **Verificación de manutención infantil (si es elegible).**
- ✓ **Certificado de nacimiento del niño. o la fecha oficial de nacimiento del niño**
- ✓ **Registro de inmunización**

Si tu ingreso disminuye, enviar verificación actualizada.



| Directrices de Ingreso 2023                  |   |   |
|--|---|---|
| Persons in family /<br>Cuantos en la familia | 100% Pobreza<br>For each additional person, add \$5,140 | 130% Pobreza<br>For each additional person, add \$6,682 |
| 2  | \$19,720  | \$25,636  |
| 3  | \$24,860  | \$32,318  |
| 4  | \$30,000  | \$39,000  |
| 5  | \$35,140  | \$45,682  |
| 6  | \$40,280  | \$52,364  |
| 7  | \$45,420  | \$59,046  |
| 8  | \$50,560  | \$65,728  |

*Head Start is a federally funded program. Eligible families receive priority.  
Head Start es un programa financiado por el gobierno federal. Las familias elegibles reciben prioridad.*



|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>Informacion de Nuestros Contactos</b> | 1004 7 <sup>th</sup> St SW<br>Mandan, ND 58554<br>Tel (701)663-9507<br>Fax (701)663-9643<br>MAIN OFFICE | 210 2 <sup>nd</sup> Ave West<br>PO Box 197<br>Carson, ND 58529<br>(701)622-3505<br>Fax (701)622-3236 | 507 1 <sup>st</sup> Ave NE<br>PO Box 487<br>Hazen, ND 58545<br>Tel (701)748-3736<br>Fax: please call for info | 407 N 5 <sup>th</sup> Street<br>PO Box 116<br>New Salem, ND 58563<br>Tel (701)843-8061<br>Fax: please call for info |
|--|---|--|---|---|

## A LOOK AHEAD...

After you have been notified that your child will be attending Head Start, set up appointments for the **Well Child Exam OR Health Tracks Screening** and **Dental Exam**. If your child has had an exam in the last 12 months, have the provider complete the West River Head Start form.

★ **Well Child Exam / Health Tracks Screening** If you are Medicaid eligible, you qualify for Health Tracks Screening through Custer Health. Health Tracks Screenings are scheduled through Social Services.

- Grant County (701) 622-3706
- Mercer County (701) 745-3384
- Morton County (701) 667-3395
- Oliver County (701) 794-3212

★ **Dental Exam** Schedule with your family dentist.



## A un paso

*Después que se le haya notificado que su hijo asistirá a Head Start, programe citas para el examen **W Child** o el examen de detección y seguimiento dental Health Tracks.. Si su hijo ha tenido un examen en los últimos 12 meses, haga que el proveedor complete el formulario de West River Head Start.*

**Examen de bienestar infantil / Examen de Seguimiento de Salud.** Si usted es elegible para Medicaid cualifica para el examen de seguimiento de salud a través de Custer Health. Los exámenes de Health Tracks se programan a través de los servicios sociales.

- Condado de Grant (701) 622-3706
- Condado de Mercer (701) 745-3384
- Condado de Morton (701) 667-3395
- Condado de Oliver (701) 794-3212

**Examen dental:** Llamar para cita del examen dental con su dentista familiar.



**Parent / Guardian #1 Information / Información Padres o encargado Principal #1**

| First Name /<br>Primer Nombre | Middle Name /<br>Segundo nombre | Last Name /<br>Apellido | Suffix /<br>Sufijo | Birthday /<br>Fecha de nacimiento | Gender /<br>Genero  |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------------------|---|
|                               |                                 |                         |                    |                                   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |

| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Other Language /<br>Otra Lengua |
|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente |                                 |

| Highest Grade Completed /<br>Nivel de Educación completado  | Employment Status /<br>Estado de Empleo   | Child's Relationship /<br>Relación con Niño(a)   | Custody /<br>Custodia   | Lives with child /<br>Vive con hijo(a):   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HS Graduate /Graduado Escuela Superior<br><input type="checkbox"/> GED / GED<br><input type="checkbox"/> Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____<br><input type="checkbox"/> Some college / Universidad no completado<br><input type="checkbox"/> Associate's / Asociado<br><input type="checkbox"/> Bachelor's / Bachillerato<br><input type="checkbox"/> Master's / Maestría<br><input type="checkbox"/> Doctorate / Doctorado | <input type="checkbox"/> Full Time / Tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Part Time / Tiempo parcial<br><input type="checkbox"/> Seasonal / Empleado Por Temporada<br><input type="checkbox"/> Training or School / Entrenamiento o escuela<br><input type="checkbox"/> Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado<br><input type="checkbox"/> Unemployed / Desempleado | <input type="checkbox"/> Biological-Adopted-Step / Biológico-Adoptado-Padrasto<br><input type="checkbox"/> Grandchild / Nieto<br><input type="checkbox"/> Other Relative / Otro pariente<br><input type="checkbox"/> Foster / Casa cuna<br><input type="checkbox"/> Other / Otro | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |

| Place of Employment /<br>Lugar de Empleo | How often do you get paid? /<br>Con que frecuencia le pagan?   | Email Address /<br>Dirección electronica (email) |
|--|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> Every 2 weeks / Cada 2 semana<br><input type="checkbox"/> Weekly / Semanal<br><input type="checkbox"/> Twice a month / 2 veces al mes<br><input type="checkbox"/> Monthly / Mensual<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ |  |

| Living Address /<br>Dirección Residencial | Zip Code /<br>Código Postal | City /<br>Ciudad | State /<br>Estado | County /<br>Condado |
|---|-----------------------------|------------------|-------------------|---------------------|
|   |                             |                  |                   |                     |

| Mailing Address (if different from living address) /<br>Dirección Postal (si es diferente) | Zip Code /<br>Código Postal | City /<br>Ciudad | State /<br>Estado | County /<br>Condado |
|--|-----------------------------|------------------|-------------------|---------------------|
|  |                             |                  |                   |                     |

| Phone Number(s) /<br>Número(s) de Teléfono | Check one) /<br>(Excoje uno)   | Opt In for Text Messages /<br>Optar por mensajes de texto             |
|--|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |
|--|--|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |
|--|--|---|

**Parent / Guardian #2 Information / Información Padres o encargado Principal # 2**

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre   | Last Name /<br>Apellido   | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento                                     | Gender /<br>Genero<br><br><input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina   |
| Race /<br>Raza   |   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  |   | Other Language /<br>Otra Idioma   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacifico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ |   | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente   |   |   |
| Highest Grade Completed /<br>Nivel de Educación completado   | Employment Status /<br>Estado de Empleo   |   | Child's Relationship /<br>Relación con Niño(a)   | Custody /<br>Custodia   | Lives with child /<br>Vive con hijo(a):   |
| <input type="checkbox"/> HS Graduate / Graduado Escuela Superior<br><input type="checkbox"/> GED / GED<br><input type="checkbox"/> Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____<br><input type="checkbox"/> Some college / Universidad no completado<br><input type="checkbox"/> Associate's / Asociado<br><input type="checkbox"/> Bachelor's / Bachillerato<br><input type="checkbox"/> Master's / Maestría<br><input type="checkbox"/> Doctorate / Doctorado | <input type="checkbox"/> Full Time / Tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Part Time / Tiempo parcial<br><input type="checkbox"/> Seasonal / Empleado Por Temporada<br><input type="checkbox"/> Training or School / Entrenamiento o escuela<br><input type="checkbox"/> Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado<br><input type="checkbox"/> Unemployed / Desempleado |   | <input type="checkbox"/> Biological-Adopted-Step / Biologico-Adoptado-Padrasto<br><input type="checkbox"/> Grandchild / Nieto<br><input type="checkbox"/> Other Relative / Otro pariente<br><input type="checkbox"/> Foster / Casa cuna<br><input type="checkbox"/> Other / Otro | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |
| Place of Employment /<br>Lugar de Empleo   | How often do you get paid? /<br>Con que frecuencia le pagan?  |   | Email Address /<br>Dirección electronica (email)   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Every 2 weeks / Cada 2 semana<br><input type="checkbox"/> Weekly / Semanal<br><input type="checkbox"/> Twice a month / 2 veces al mes<br><input type="checkbox"/> Monthly / Mensual<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____  |   |  |   |   |
| Living Address /<br>Dirección Residencial  | Zip Code /<br>Código Postal   | City /<br>Ciudad  |  | State /<br>Estado   | County /<br>Condado   |
|  |   |   |  |   |   |
| Mailing Address (if different from living address) /<br>Dirección Postal (si es diferente)   | Zip Code /<br>Código Postal   | City /<br>Ciudad  |  | State /<br>Estado   | County /<br>Condado   |
|  |   |   |  |   |   |
| Phone Number(s) /<br>Número(s) de Teléfono   | Check one) /<br>(Excoge uno)  |   |  | Opt In for Text Messages /<br>Optar por mensajes de texto             |   |
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro  |   |  | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |   |
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro  |   |  | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |   |
|  | <input type="checkbox"/> Cell / Celular<br><input type="checkbox"/> Home / Hogar<br><input type="checkbox"/> Work / Trabajo<br><input type="checkbox"/> Other / Otro  |   |  | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No |   |

**Please list all other children who live in the home. Por favor mensione todo los niños(a) que viva en el hogar.**

| Child #1   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre                                       | Last Name /<br>Apellido  | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento   | Gender /<br>Genero  |
|  |   |  |  |   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |
| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Relationship to Child Applicant /<br>Relacion con el aplicante   | Lives with the Child Applicant /<br>Vive con el aplicante   |   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente | <input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos<br><input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro<br><input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |   |

| Child #2   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre                                       | Last Name /<br>Apellido  | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento   | Gender /<br>Genero  |
|  |   |  |  |   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |
| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Relationship to Child Applicant /<br>Relacion con el aplicante   | Lives with the Child Applicant /<br>Vive con el aplicante   |   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente | <input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos<br><input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro<br><input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |   |

| Child #3   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre                                       | Last Name /<br>Apellido  | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento   | Gender /<br>Genero  |
|  |   |  |  |   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |
| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Relationship to Child Applicant /<br>Relación con el aplicante   | Lives with the Child Applicant /<br>Vive con el aplicante   |   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente | <input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos<br><input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro<br><input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |   |



| Child #4   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre                                       | Last Name /<br>Apellido  | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento   | Gender /<br>Genero  |
|  |   |  |  |   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |
| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Relationship to Child Applicant /<br>Relación con el aplicante   | Lives with the Child Applicant /<br>Vive con el aplicante   |   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente | <input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos<br><input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro<br><input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biológico / Legal / relacionado | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |   |

| Child #5   |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| First Name /<br>Primer Nombre  | Middle Name /<br>Segundo nombre                                       | Last Name /<br>Apellido  | Suffix /<br>Sufijo   | Birthday /<br>Fecha de nacimiento   | Gender /<br>Genero  |
|  |   |  |  |   | <input type="checkbox"/> male / masculino<br><input type="checkbox"/> female / femenina |
| Race /<br>Raza   | Hispanic /<br>Hispano   | English Proficiency /<br>Dominio del ingles  | Relationship to Child Applicant /<br>Relación con el aplicante   | Lives with the Child Applicant /<br>Vive con el aplicante   |   |
| <input type="checkbox"/> Asian / Asiático<br><input type="checkbox"/> Black / Negro<br><input type="checkbox"/> White / Blanco Americano<br><input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico<br><input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial<br><input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes / Si<br><input type="checkbox"/> No / No | <input type="checkbox"/> None / Ninguna<br><input type="checkbox"/> Little / Poco<br><input type="checkbox"/> Moderate / Moderada<br><input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente | <input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos<br><input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro<br><input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biológico / Legal / relacionado | <input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo<br><input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces<br><input type="checkbox"/> Never / nunca |   |

**If you are applying for multiple children, please complete a separate copy of this form for each applicant.**  
*Si solicita para varios hijos, complete una copia por separado de este formulario para cada solicitante.*

**Certification:** I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.  
*Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede finalizar y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y que puede acceder a ella durante el horario comercial normal.*

\_\_\_\_\_  
 Parent/guardian signature / Firma del padre / guardian

\_\_\_\_\_  
 Date / fecha





**Eligibility Document: Family / Individual Claiming Zero Income**

*Documento de elegibilidad: familia / individuo reclamando cero ingreso*

**Complete only if you have no income. / Complete solo si no tiene ingreso.**

***Explain how you are meeting your family's basic needs.  
Explica cómo estás satisfaciendo las necesidades básicas de tu familia.***

How are you providing clothing for your family? / *¿Cómo está proporcionando ropa para su familia?*

How are you covering the cost of housing? / *¿Cómo cubre el costo de la vivienda?*

How are you paying for food for your family? / *¿Cómo está pagando por la comida de su familia?*

Describe your living situation / *Describe tu situación de vida:*

***I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:***

Name: \_\_\_\_\_ Relationship/title: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

|  |                     |
|--|---------------------|
| Signature of parent / <i>Firma del padre</i> | Date / <i>Fecha</i> |
| Staff signature / <i>Firma del empleado</i>  | Date / <i>Fecha</i> |
| Staff signature / <i>Firma del empleado</i>  | Date / <i>Fecha</i> |

**This side is to be completed by  
WEST RIVER HEAD START STAFF**

**Third Party Zero Income Verification Notes:**

**1. What is your relationship with the applicant?**

**2. How long have you known them?**

**3. Explain what you know about their situation.**

**4. Can you verify there is zero income?**

Person Contacted: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

FSC Signature: \_\_\_\_\_

West River Head Start  
**Homeless Verification Form**  
*Verificación de Deambulante*

**Complete only if you are homeless. / Complete si no tiene hogar.**

Subtitle B of the Title VII of the McKinney-Vento Homeless Assistance Act (and the Improving Head Start for School Readiness Act of 2007) defines "homeless" as follows: / *El subtítulo B del Título VII de la Ley de asistencia a personas sin hogar McKinney-Vento (y la Ley de mejora de Head Start para la preparación escolar de 2007) define "sin hogar" de la siguiente manera:*

- Individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence;  
*Individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada;*
- Children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason;  
*Niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar;*
- Children and youths who are living in motels, hotels, trailer parks or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations;  
*Niños y jóvenes que viven en moteles, hoteles, casas rodantes o áreas de cámping debido a la falta de alojamientos adecuados alternativos;*
- Children and youths who are living in emergency or transitional shelters;  
*Niños y jóvenes que viven en refugios de emergencia o transitorios;*
- Children and youths who are abandoned in hospitals;  
*Niños y jóvenes que son abandonados en hospitales;*
- Children and youths who are awaiting foster care placement;  
*Niños y jóvenes que esperan colocación en hogares subtituto;*
- Children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings;  
*Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado o utilizado ordinariamente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos;*
- Children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings;  
*Niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobuses o trenes, o entornos similares;*
- Migratory children who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described above.  
*Niños migratorios que cualifican como personas sin hogar a los efectos de este formulario, porque los niños viven en las circunstancias descritas anteriormente.*

I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship/title: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

|  |                     |
|--|---------------------|
| Signature of parent / guardian / adult verifying initial statement / <i>Firma del padre / tutor / adulto que verifica la declaración</i> | Date / <i>Fecha</i> |
| Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>  | Date / <i>Fecha</i> |
| Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>  | Date / <i>Fecha</i> |

**This page is for  
OFFICE USE ONLY**

**Third Party Homeless Verification Notes:**

**1. What is your relationship with the applicant?**

**2. Can you explain what you know about their situation?**

**3. Can you verify that they are homeless?**

Person Contacted: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

FSC Signature: \_\_\_\_\_