

Communities United, Inc.

FORMULÁRIO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Para HEAD START e EARLY HEAD START

Para determinar a sua elegibilidade para assistência de Matrícula, você deve completar o seguinte:

RENDA FAMILIAR: Você deve fornecer uma prova de **todas as fontes de Renda** e enviar com a Solicitação.

Comprovações aceitáveis de Renda são **QUAISQUER** das seguintes:

- **Uma cópia** da sua declaração de imposto de renda mais recente **ou** formulário W-2, juntamente com uma carta atual de seu(s) empregador(es), indicando seu salário atual e horário de trabalho fixo, **ou**
- **Cópias** de talões de pagamento recentes consecutivos para os ganhos do último mês, **ou**
- Prova de assistência pública atual (carta de concessão TANF) ou prova de Renda Suplementar de Segurança (SSI) ou Pensão da Segurança Social (SSDI) ou Desemprego (cartas de concessão ou talões de cheques), **ou**
- Uma carta judicial ou notarial que indique a quantidade de pensão ou pensão alimentícia que você está recebendo.

TAMANHO FAMILIAR: Além dos Membros da Família listados em sua candidatura, existem outros membros da família que vivem com você e que estão listados em sua declaração de imposto de renda?

NÃO **SIM** Se sim, quantos? ___ *Forneça cópia da sua mais recente declaração de imposto*

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS: *(Por favor, circule respostas para cada pergunta abaixo)*

1) **Primeiro Nome:** _____ **Último Nome:** _____

Mora com o candidato? SIM ou NÃO **Trabalhando?** SIM ou NÃO **Se sim, quantas horas por semana?** _____

Atualmente matriculado na escola em tempo integral? SIM ou NÃO

Membro do Exército? SIM ou NÃO **Se sim, este pai está atualmente em posto?** _____

Nível de Ensino: Ensino Médio incompleto Ensino Médio/GED Graduação incompleta Grau de Associado Outro _____

Se o EM não foi concluído, circule a série mais avançada alcançada: Série: 11 10 9 8 7 6 5 4/menor Nenhuma

2) **Primeiro Nome:** _____ **Último Nome:** _____

Mora com o candidato? SIM ou NÃO **Trabalhando?** SIM ou NÃO **Se sim, quantas horas por semana?** _____

Atualmente matriculado na escola em tempo integral? SIM ou NÃO

Membro do Exército? SIM ou NÃO **Se sim, este pai está atualmente em posto?** _____

Nível de Ensino: Ensino Médio incompleto Ensino Médio/GED Graduação incompleta Grau de Associado Outro _____

Se o EM não foi concluído, circule a série mais avançada alcançada: Série: 11 10 9 8 7 6 5 4/menor Nenhuma

INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA candidata: *(Por favor, circule as respostas para cada pergunta abaixo)*

- A criança está atualmente matriculada em um programa Head Start ou Early Head Start? **SIM ou NÃO**
Em caso afirmativo, qual o nome do programa? _____
- Algum dos irmãos da criança frequenta um programa Head Start ou Early Head Start? **SIM ou NÃO**
Em caso afirmativo, qual o nome do programa? _____
- O seu filho tem Seguro Médico? **SIM ou NÃO**
Se sim, selecione: MassHealth Plano de Saúde Privado (nome: _____)
 Outro _____

Communities United Inc. - Programas Creative Start – Formulário de Assistência Financeira, página 2

INFORMAÇÃO SOBRE A FAMÍLIA: (Por favor, circule respostas para cada pergunta abaixo)

- O seu filho é gêmeo, trigêmeo ou de outro nascimento múltiplo? **SIM ou NÃO**
- A mãe da criança deu à luz a qualquer filho antes de completar 19 anos? **SIM ou NÃO**
- A mãe da criança deu à luz a qualquer filho após completar 40 anos? **SIM ou NÃO**
- A família mudou para os Estados Unidos no último ano? **SIM ou NÃO**
- A família mudou-se para uma nova cidade no último ano? **SIM ou NÃO**
- Existe alguma crise ou preocupação familiar (ex: divórcio, perda de emprego, óbito)? **SIM ou NÃO**
Se sim, por favor, descreva. _____
- Existe alguém na família imediata, além do candidato, que possui alguma necessidade especial identificada? **SIM ou NÃO**
Se sim, por favor, descreva. _____
- Alguém na família imediata é tratado por médico para problemas de saúde crônicos? **SIM ou NÃO**
Se sim, por favor, descreva. _____

Por favor, selecione tudo que se aplica à sua família:

Minha situação de vida atual é:

- Pai/Mãe Solteiro(a)
- Sem-abrigo/moradia precária
(Compartilhando o lar com outra família)
- Superlotada
- Adequada

Eu recebo:

- Cupom de Alimentos (SNAP)
- TANF
- SSI /SSDI
- WIC
- Apoio Infantil

Atualmente, estou envolvido com:

- Intervenção Precoce
- Sistema Escolar Público
- Programa Parent Child Home
- Depto. de Crianças e Famílias
- Waltham Family School
- Outro _____

Ao assinar abaixo, atesto que as informações acima fornecidas por mim são verdadeiras no meu conhecimento.

Além disso, entendo que a falsa declaração neste formulário pode resultar na exclusão do meu filho do programa Creative Start da CUI.

Assinatura do Pai/Responsável: _____ **Data:** _____