

## **Communities United, Inc.**

# **FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA**

### **Para HEAD START o EARLY HEAD START**

**Para determinar su elegibilidad para cualquier forma de ayuda financiera, debe completar los siguientes:**

**INGRESO FAMILIAR:** Debe entregar Prueba de Ingresos junto con la Aplicación de CUI.

**UNA** de las siguientes es aceptable como Prueba de sus Ingresos:

- Una **Copia** de su ultima Declaración de Impuestos (Taxes) o el Formulario W-2, junto con una carta reciente de parte de su(s) empleador (es) en que se declare su salario y horario de trabajo actuales, **o**
  - **Copias** de los últimos talonarios consecutivos de su salario en los últimos meses, **o**
  - Prueba de asistencia pública actual (carta de adjudicación TANF) o prueba de seguridad de ingreso suplementario (SSI) o discapacidad del Seguro Social (SSDI) o Desempleo (cartas de premios o talonarios de cheques), **o**
  - Una carta del tribunal o una carta certificada ante notario indicando la cantidad de dinero que recibe para sustento de niños o pensión alimenticia (alimony)

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** ¿Además de los miembros de la familia en su solicitud, hay algún otro familiar viviendo con usted que figuran en su declaración de impuestos?  NO  SI

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ *Y, por favor, proveer la declaración de impuestos*

**Información sobre Padres/ Guardián:** (*Marca con círculo*)

1) Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

¿Vives con el solicitante? SI o NO    ¿Estás trabajando? SI o NO Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_

**¿Estás actualmente matriculado en la Escuela a Tiempo Completo? SI o NO**

¿Es usted un miembro de los Militares? SI o NO Si es afirmativa, esta la persona activada? \_\_\_\_\_

**Nivel de Educación:** Menos de Escuela Secundaria Escuela Secundaria/ GED Algunos Estudios Universitarios

Nivel Asociado       Otro Nivel \_\_\_\_\_

Otro Nivel \_\_\_\_\_

Si la escuela secundaria no fue completada, circula el grado más alto: Grado: 11 10 9 8 7 6 5 4 o menos Ninguno

2) **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

¿Vives con el solicitante? SI o NO    ¿Estás trabajando? SI o NO    Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente matriculado en la Escuela a Tiempo Completo? SI o NO

¿Es usted un miembro de los Militares? SI o NO Si es afirmativa, esta la persona activada? \_\_\_\_\_

**Nivel de Educación:** Menos de Escuela Secundaria Escuela Secundaria/ GED Algunos Estudios Universitarios

Nivel Asociado       Otro Nivel \_\_\_\_\_

Otro Nivel \_\_\_\_\_

Si la escuela secundaria no fue completada, circula el grado más alto: Grado: 11 10 9 8 7 6 5 4 o menos Ninguno

**INFORMACION SOBRE EL NIÑO/ SOLICITANTE:** (Favor marcar un círculo a todas las preguntas)

- ¿Está el niño actualmente matriculado en un programa Head Start o Early Head Start? **SI o NO**
  - **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre del programa?** \_\_\_\_\_
- ¿Algunos de los hermanos del niño asisten al programa de Head Start o Early Head Start? **SI o NO**
  - **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre del programa?** \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene seguro médico? **SI o NO**
  - **Si la respuesta es sí, marque el tipo:**  MassHealth  Plan de Salud Privado  
 Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA:** (Marca con un círculo)

- ¿Es su hijo un gemelo, trillizo o uno de otro parto múltiple? **SI o NO**
- ¿La madre dio a luz a alguno de los niños antes de cumplir los 19 años? **SI o NO**
- ¿La Madre del niño dio a luz a hijos después de los 40 años? **SI o NO**
- ¿La familia se traslado a los Estados Unidos en el último año? **SI o NO**
- ¿La familia se traslado a una nueva ciudad en el último año? **SI o NO**
- ¿Hay una crisis familiar o preocupación (ex: divorcio, pérdida del empleo, muerte)? **SI o NO**
- Si la respuesta es sí, por favor describa.** \_\_\_\_\_
- ¿Algún otro familiar, además del solicitante, ha identificado necesidades especiales? **SI o NO**
- Si la respuesta es sí, por favor describa.** \_\_\_\_\_
- ¿Alguien en la familia inmediata, está siendo tratado por un doctor a causa de problemas de salud crónicos?
- SI o NO**    **Si la respuesta es sí, por favor describa** \_\_\_\_\_

Por favor, marcar todas las casillas siguientes que se aplican a su familia:

**Mi situación actual de vivienda:**

- Padre Soltero
- Sin Hogar ó Underhoused
- (Compartir hogar con otra familia)
- Super Poblado
- Adecuada

**Recibo:**

- Cupones (SNAP)
- TANF
- SSI /SSDI
- WIC
- Pensión alimentaria

**Actualmente involucrado/a con:**

- Intervención Temprana
- La escuela pública
- Parent Child Home Program
- Dept. of Children and Families (DCF)
- Waltham Family School
- Otro \_\_\_\_\_

---

Al firmar a continuación, yo declaro que la información anterior es correcta a mi mayor conocimiento.

Además reconozco que cualquier información incorrecta en este formulario puede resultar en la terminación de mi niño/a de los programas de CUI.

**Firma Del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_