

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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:

<b>Mi situación actual de vivienda:</b>	<b>Recibo:</b>	<b>Actualmente involucrado/a con:</b>
<input type="checkbox"/> Padre Soltero	<input type="checkbox"/> Cupones (SNAP)	<input type="checkbox"/> Intervención Temprana
<input type="checkbox"/> Sin Hogar ó Underhoused (Compartir hogar con otra familia)	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> La escuela pública
<input type="checkbox"/> Super Poblado	<input type="checkbox"/> SSI /SSDI	<input type="checkbox"/> Parent Child Home Program
<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Dept. of Children and Families (DCF)
	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Waltham Family School
		<input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_\_