

**Formulario de Registracion.**

Fecha \_\_\_\_\_ Escuela Elementaria que sirve su vecindario \_\_\_\_\_

Nombre de el niño \_\_\_\_\_  
 Primer Segundo Apellido

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Direccion \_\_\_\_\_  
 Calle

---

Ciudad	Estado	Codigo Postal
--------	--------	---------------

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_  
 Casa Trabajo Celular u Otro Email

Nombre de el Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_  
 Casa Trabajo Celular u Otro Email

Guardian Legal(si aplica) \_\_\_\_\_

Direccion(si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_

El niño que está aplicando para Head Start un niño Temporal (Foster Child)  
 NO \_\_\_\_\_ SI, Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Por favor marque uno:

RAZA: \_\_\_ Hispano o Latino  
 \_\_\_ No Hispano o No Latino.

ETNICIDAD: \_\_\_ Indio Americano o de Alaska  
 \_\_\_ De Asia  
 \_\_\_ Negro o Afro Americano  
 \_\_\_ Hawaino Nativo o Islas  
 \_\_\_ Blanco  
 \_\_\_ Dos Razas/Multiracial  
 \_\_\_ Otra  
 \_\_\_ Unespecificada/Persona que no sabe la raza o declina decirla.

Cual es el lenguaje primario que su niño habla en casa? \_\_\_\_\_

Circule uno: Mi niño habla Ingles: Muy bien Bien No bien No de el todo.

Su niño ha estado previamente enroldado en Head Start o algun otro Programa de Desarrollo de Niño? NO \_\_\_\_\_ SI, diga el nombre \_\_\_\_\_

Ha sido su niño identificado o se sospecha que tenga alguna discapacidad?

No \_\_\_\_\_ SI, liste cual \_\_\_\_\_

Algun miembro de la familia ha sido identificado o se sospecha que tenga alguna discapacidad?

No \_\_\_\_\_ SI, liste cual \_\_\_\_\_

**COMPOCISION DE LA FAMILIA**

Cuantos adultos hay en la familia? \_\_\_\_\_ Cuantos niños hay en la familia? \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Esta la madre embarazada? No \_\_\_ SI \_\_\_ Es la Madre/Padre Soltera(o)? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Esta la Madre o Padre actualmente en la carcel? No \_\_\_\_\_ Si, Quien \_\_\_\_\_

La familia recibe alguna ayuda financiera de algunas de estas agencies o programas?  
\_\_\_\_\_ Medicaid/Medicare \_\_\_\_\_ TANF \_\_\_\_\_ WIC \_\_\_\_\_ Food Stamps  
\_\_\_\_\_ Child Support \_\_\_\_\_ SSI(suplemento de entrada de seguridad) \_\_\_\_\_ Otro

Cuál es el ingreso financiero anual de su familia? \_\_\_\_\_

**Yo verifico que la información incluida en esta aplicación es verdadera; y si es encontrada falsa mi niño/a no calificaría mas para este programa.**

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para Uso de la Oficina Solamente:**

Financiero anual de familia: \_\_\_\_\_ Escoja uno: Debajo Sobre

**VERIFICACIONES**

**1040** \_\_\_\_\_ **DESEMPLEADO**  
**W2** \_\_\_\_\_ **FORMA DE**  
**PAYSTUBS** \_\_\_\_\_ **ASISTENCIA PUBLICA**  
\_\_\_\_\_ **OTRO**

**Documentacion de No Ingreso:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero Certificado de Nacimiento Ciudad Estado

**En lo acordado con CFR 1305.4(e). Yo he determinado que este niño es elegible por su entrada financiera para el Apple Country Head Start, de acuerdo a los documentos revisados arriba.**

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Revisado 2/8/11**