

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 agencias 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