

**Apple Country Head Start  
Formulario de Registración**

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela Elemental que sirve su vecindario: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del Programa Head Start? \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_  
(primer) (segundo) (apellido)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F

Dirección: (calle) \_\_\_\_\_

(ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (Código postal) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_

Diploma de escuela superior/GED \_\_\_ SI \_\_\_ NO Email \_\_\_\_\_

teléfono(casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_

Diploma de escuela superior/GED \_\_\_ SI \_\_\_ NO Email \_\_\_\_\_

teléfono(casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Guardián legal (si aplica) \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_

teléfono(casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

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

¿El niño/a que esta aplicando para Head Start es un niño/a temporal (Foster Child)?

NO \_\_\_\_\_ SI, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: **Etnicidad:** \_\_\_ Hispanic or Latino

\_\_\_ Non-Hispanic or Non-Latino

**Raza:** \_\_\_ Indio americano o Nativo de Alaska \_\_\_ Blanco

\_\_\_ Asiático \_\_\_ Dos razas/Multiracial

\_\_\_ Negro o Afro-americano \_\_\_ Otra

\_\_\_ Hawaiano Nativo o Islas \_\_\_ NO especificada/Persona que  
no sabe la raza o no desea decirla

¿Cuál es el lenguaje primario que su niño/a habla en casa? \_\_\_\_\_

**Circule uno:** Mi niño/a habla Inglés: Muy bien Bien No bien No del todo

¿Su niño ha estado previamente matriculado en Head Start o en algún otro Programa de Desarrollo al Niño?  
NO \_\_\_\_\_ SI, especifique el nombre \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño/a identificado o se sospecha que tenga alguna discapacidad?  
NO \_\_\_\_\_ SI, mencione cuál \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de la familia ha sido identificado o se sospecha que tenga alguna discapacidad?  
NO \_\_\_\_\_ SI, mencione cuál \_\_\_\_\_

.....  
**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

¿Cuántos adultos hay en la familia? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños/as hay en la familia? \_\_\_\_\_  
Nombres: Edades: Nombres: Edades:

¿Esta la madre embarazada? NO \_\_\_ SI \_\_\_ ¿Es la madre/padre soltero (a)? NO \_\_\_ SI \_\_\_  
¿Esta la madre o padre actualmente encarcelado? NO \_\_\_ SI \_\_\_, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿La familia recibe alguna ayuda financiera de alguna de estas agencias o programas?  
\_\_\_ Medicaid/Medicare \_\_\_ TANF \_\_\_ WIC \_\_\_ Food Stamps  
\_\_\_ Child Support \_\_\_ SSI-suplemento de entrada de seguridad \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

.....  
Yo certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera; y si es encontrada falsa, mi niño/a no  
cualificará mas para este Programa.

Firma del padre, madre o guardian legal \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE: Ingresos Familiares**

Ingreso anual familiar: \_\_\_\_\_ Circule uno: Debajo Sobre

**VERIFICACIONES**

\_\_\_ 1040 \_\_\_ Unemployment  
\_\_\_ W2 \_\_\_ Public Assistance Form  
\_\_\_ Foster Care Reimbursement \_\_\_ SSI Documentation  
\_\_\_ Pay Stubs \_\_\_ Homeless  
\_\_\_ Documentation of no income \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
fecha Número Certificado Nacimiento Ciudad/Condado Estado

De acuerdo con CFR 1305.4(e), yo he determinado que este niño/a es elegible por su entrada financiera para  
Apple Country Head Start de acuerdo a los documentos revisados arriba.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_