



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DEL AÑO 2016 / 2017 HEAD START/ EARLY HEAD START

LETRA IMPRENTA Y POR FAVOR LLENAR AMBOS LADOS

Fecha de Aplicación: _____ / _____ / _____

****INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO(A)****

Nombre: _____ Sexo: H ___ M ___
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Calle Numero Apto. Ciudad Estado Codigo

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Idioma principal hablado en casa: _____

¿Cual programa le interesa? Casa ___ Centro ___
 ¿Tiene su niño alguna necesidad especial, alergia, dieta, salud, etc? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, sírvase explicar:

MADRE / GUARDIÁN

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Teléfono: (_____) _____

¿Es usted la legítima madre del niño(a)? Sí ___ No ___
 ¿Si no, cuál es su relación? _____

PADRE / GUARDIÁN

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Teléfono: (_____) _____

¿Es usted el legítimo padre del niño(a)? Sí ___ No ___
 ¿Si no, cuál es su relación? _____

¿Esta usted en estado de embarazo? Sí ___ No ___ ¿Para que fecha? _____ / _____ / _____

En caso afirmativo, ¿está usted interesado en el programa Early Head Start en la casa? Sí ___ No ___

OFFICE USE ONLY: Internal _____ External _____

MIEMBROS ADICIONALES DE SU CASA

Por favor, provea la siguiente información de otros miembros adicionales de su casa. Si necesita más espacio, puede incluir otra página.

Apellido	Nombre	Sexo (H/M)	Fecha de Nacimiento	Relación al niño(a)	Incapacitado (Sí / No)
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____

Total número de personas en la casa _____

Favor de incluir cualquier comentario que usted crea beneficioso para determinar la elegibilidad de su niño(a) En el programa de Head Start/ Early Head Start:

La información solicitada es necesaria para ayudarnos a establecer su elegibilidad para nuestro programa. Esta aplicación es estrictamente confidencial. Toda información acerca de sexo, educación, o incapacidad es obtenida solamente para mantener estadísticas. PEACE, Inc. no discrimina de ninguna manera en la provisión de servicios.

Firma (Padre o Guardián)