



Programa Head Start

Gracias por su interés en el Programa Head Start.

Esta aplicación NO garantiza cupo en el Programa Head Start.

Se le llamará y asignará una cita para determinar si es elegible.

Es de suprema importancia que los números telefónicos proporcionados sean correctos.

UTILICE LETRA IMPRENTA

Fecha de la solicitud _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____
(Nombre) (Apellido)

Grupo Familiar _____ (número de familiares que viven en la misma casa y que son mantenidos por el padre incluyéndose también)

Ingresos de la familia \$ _____ por año

Por favor marcar todos los que aplique: _____ Indigente _____ SSI _____ Hogar Adoptivo _____ TANF

Nombre del Niño (tal como aparece en el Certificado de Nacimiento)

(Nombre) (Segundo) (Apellido)

Del Niño Fecha de Nacimiento _____ Raza del Niño _____ Idioma Primario del Hogar _____

Género _____ masculino _____ femenino ¿Su Hiji Tiene un ESP? _____ Si _____ No

Anote todos los miembros adicionales de la familia que viven en el hogar.

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

*FDN: Fecha de Nacimiento

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Teléfono (de día) _____ (de noche) _____ (celular) _____

Correo Electrónico _____

Estuvo su niño previamente registrado en Early Head Start o Head Start? _____ SI _____ NO

Si marca si, que escuela o lugar _____

¿En que instalación de Head Start está usted interesado? _____

School Office Personnel: Please send the completed Head Start applications to the appropriate school, attn.:
Head Start Family Advocate or Clearlake Education Center, attn.: Head Start Family Services Manager