

Clovis Early Head Start (Web)
 901 N. MLK Blvd.
 Clovis NM 88101

NIÑO APLICANDO: _____

Primer nombre

Medio nombre

Apellido

INFORMACION DE MEMBROS DE LA FAMILIA -Empezando con adulto primario, complete lo siguiente de TODOS los miembros de la familia incluye el niño aplicando.

	Nombre		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo		Raza								Etnia		Idioma				Habilidad de Hablar Ingles				Embarazada		Relativo al Nino/a Aplicando			
	Primer	Apellido			Masculino	Femenino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiatico	Negro o Africano Americano	No especificado	Native de Hawaii o Otro Isla Pacifico	Bianco	De Dos Razas	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	1st	2nd	Ingles	Espanol	Ingles	Espanol	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	No Del Todo	Si		No		
	JOANNA	HERNANDEZ	02/02/79	444-22-1234	X				X								X			X	X							X	Madrastra- Adulto Primario	
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

Educacion: Marca el nivel mas alta de educacion para cada ADULTO en la casa.

	Nombre de Adulto	Nivel mas alta de Educacion Completada	Fecha Completada	Corrientemente Matriculado	
	(POR EJEMPLO) Joanna Hernandez	Grado doce	25 de Mayo, 1998	SI	NO
1				SI	NO
2				SI	NO

Es algun maestra(o) de este Head Start pariente de este niño (a)? Favor de nombrar la persona(s) _____

