

Portales Early Head Start (Web)
1030 Community Way
Portales NM 88130

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 Primer Apellido		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo		Raza										Etnia	Idioma		Habilidad de Hablar Ingles				Embarazada		Relativo al Niño/a Aplicando (por ejemplo, madre, padre, madrastra, padrastro, hermanastro, hermanastra, brother, sister, abuela, abuelo, tia, tio, otro pariente, no pariente, etc.)					
					Masculino	Femenino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiatico	Negro o Africano Americano	No especificado	Nativo de Hawaii o Otro Isla Pacifico	Blanco	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			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) _____

