EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM (6 semanas a 35 meses)-APLICACIÓN DE MATRICULACION Pagina 1 H-3 EHS

CUIDAD 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		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo		Raza							Etnia		Idioma				Habilidad de Hablar Ingles				Embarazada		Relativo al Nino/a Aplicando
																1st		2nd								
	Primer	Apellido			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	Ingles	Espanol	Ingles	Espanol	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	No Del Todo	Si	No	(por ejemplo, madre, padre, madrastra, padrastro, hermanastro, hermanastra, brother, sister, abuela, abuelo, tia, tio, otro pariente, no pariente, etc.)
	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	Corrientamente 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) _____