

**CIUDAD**

Anton Chico Head Start (Web)  
PO Box 100  
Anton Chico NM 87711

**NINO APLICANDO:** \_\_\_\_\_

Primer nombre

Medio nombre

Apellido

**Por favor seleccionar la sesión preferida**  
**Primer Opción (Sólo elegia uno): Mañana Tarde Cualquier**  
**Segunda Opción (Sólo elegia uno): Mañana Tarde Cualquier**

**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					Embrazada		Relativo al Niño/a Aplicando	
	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		1st	2nd	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																												

**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 <b>NO</b>
1				SI <b>NO</b>
2				SI <b>NO</b>

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

