

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

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 | Ingles | Espanol | Muy Bien | Bien | No Muy Bien | No Del Todo | | Si |
| | 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 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) _____

