

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
	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) _____

