

**CUIDAD** Ft. Sumner Head Start (Web)  
PO Drawer M, 1001 Sumner Blvd.  
Ft Sumner NM 88119

**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								Etni a		Idioma				Habilidad de Hablar Ingles				Emb araz ada		Relativo al Nino/a Aplicando	
					Masculino	Femenino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiatico	Negro o Africano Americano	No especificado	Nativo de Hawaii o Otro Isla Pacifico	Bianco	De Dos Razas	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	1st	2 <sup>nd</sup>	Ingles	Espanol	Ingles	Espanol	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	No Del Todo	Si		No
	Primer	Apellido																										(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																												

**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) \_\_\_\_\_

