

CIUDAD. Santa Rosa Head Start (Web)
658 South 5th
Santa Rosa NM 88435

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.

Numero	Nombre		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo		Raza										Etnia	Idioma		Habilidad de Hablar Ingles				Embarazada		Relativo al Niño/a Aplicando	
					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
	Primer	Apellido			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				(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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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.

Numero	Nombre de Adulto	Nivel mas alta de Educacion Completada	Fecha Completada	Corrientemente Matriculado	
	(POR EJEMPLO) Joanna Hernandez	Grado doce	25 de Mayo, 1998	SI	<u>NO</u>
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) _____

