

**SITE APPLYING FOR:** \_\_\_\_\_

**Child Applying:** \_\_\_\_\_  
*First name Middle name Last name*

**FAMILY MEMBER INFORMATION – Starting with Primary Adult, complete the following on ALL family members include the child applying**

	Name		Date of Birth	Social Security Number	Sex		Race										Ethnicity		Language Spoken				English Proficiency				Currently Pregnant		Relationship to Child Applying		
	First	Last			Male	Female	American Indian or Alaskan Native	Asian	Black or African American	Unspecified	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	White	Multi-racial/Biracial	Hispanic/Latino	Non Hispanic/Latino	1 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	Proficient	Moderate	Little	None	Yes	No								
	Joe	Sample	02/02/79	444-22-1234	X													X			X	X							X	<b>Primary Adult - Father</b>	
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

**Education:** List the highest level of education for each **ADULT** in the household.

	Name of Adult	Highest Level of Education Completed	Date Completed	Currently Enrolled
	Joe Sample	10 <sup>th</sup> grade	May 25, 1996	Yes <u>No</u>
1				Yes No
2				Yes No

**Is the child applying related to any teachers at this center? If so, who? (List name/s)** \_\_\_\_\_

**FAMILY INFORMATION**

**Living Address:**

\_\_\_\_\_  
Street  
\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Message Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Message Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Mailing Address:**  
*(If different from home address)*

\_\_\_\_\_  
Street  
\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

**Parental Status: (Check one)**

Two Parents/Guardians  Single Parent/Guardian (mother figure only)  Single Parent/Guardian (father figure only)

Is at least one Parent/Guardian an active duty member of the United States Military?  Yes  No, a veteran of the United States Military?  Yes  No

**Employment/Job Training Status:** Check all that apply

Two Parents/Guardians are:

employed  
 in job training or school  
 not working (unemployed, retired, disabled)

One Parent/Guardian is:

employed  
 in job training or school  
 not working (unemployed, retired, disabled)

**Types of Service Received (mark all that apply):**

No services received  
 Public Assistance/Welfare (i.e. TANF)  Food Stamps  WIC  Supplemental Security Income (SSI)  Foster care  
 Health and Wellness Treatment/Therapy  Other: Specify \_\_\_\_\_

**Currently Homeless:**  Yes  No  Own Housing  Rent Housing  Group Home  Other \_\_\_\_\_

**Type of Housing:**

House  Mobile home/trailer  Migrant Housing  Apartment  Community shelter/Group Home  
 Hotel/motel room  Other: \_\_\_\_\_

**INCOME INFORMATION:**

Number of **Adults** in Family: \_\_\_\_\_ Number of **Children** in Family: \_\_\_\_\_ Number of **Adults contributing to the Income:** \_\_\_\_\_

**FAMILY INCOME SOURCES:** Check all sources of income.

___ WAGES, SALARIES, TIPS	___ UNEMPLOYMENT COMPENSATION	___ WORKER'S COMPENSATION	___ SOCIAL SECURITY BENEFITS
___ SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)	___ WELFARE ASSISTANCE (TANF)	___ VETERAN'S BENEFITS	___ MILITARY BENEFITS
___ PENSION/RETIREMENT	___ ALIMONY	___ CHILD SUPPORT	___ FOSTER CARE/ADOPTION SUBSIDY
___ SCHOLARSHIPS/GRANTS	___ TRUSTS, ESTATE RECEIPTS	___ NET RENTAL INCOME	___ DIVIDENDS
___ INTEREST	___ ROYALTIES		

At least 10% of Head Start’s enrollment opportunities are made available to children with disabilities; therefore, has this child been identified as having, or is this child suspected to have, any of the following that might require early intervention, special education, and or related services? *(Read list and mark all that apply)* If any items are marked as “Identified” please provide the name of the individual or agency who tested the child and the date of the evaluation.

	Suspected	Identified	Date	Evaluated by:
Developmental Delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Biological/Medical Risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Established Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Environmental Risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

If this child is currently receiving services to address any of the needs marked above, please complete this section:

Type of service: \_\_\_\_\_

Name of person/agency providing the service: \_\_\_\_\_

Address of Provider \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

**OR**

**\_\_\_\_ Child has no known disabilities**

**This Application cannot be processed unless the following items are attached:**

1. Shot Record (must have copy of entire record, including name and Date of Birth);
2. Age Verification - Birth Certificate or Baptismal Certificate;
3. Most Recent Tax Return with all attachments (W-2, schedules, etc.) Federal 1040, 1040A or EZ **AND** NM (PIT) state form.

**In Addition, please provide a copy of the most recent physical, lead and iron screening, and dental exam.**

**SEND COMPLETED APPLICATION TO: Eastern Plains Head Start – P.O. Box 1244 – Tucumcari, NM 88401**

I certify that the information provided in this form is accurate and truthful to the best of my knowledge. I give permission for Eastern Plains Head Start to verify any information for the purpose of determining eligibility for participation in the program.

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**NOTE: Services are provided primarily in classroom setting. Head Start does not provide transportation**

**EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM**  
**(6weeks – 35 months)**  
**APPLICATION FOR ENROLLMENT**

**H-3**<sub>EHS</sub>

**RELEASE OF INFORMATION**

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CITY

\_\_\_\_\_  
STATE

\_\_\_\_\_  
ZIP CODE

Permission is hereby granted by me to the Eastern Plains Head Start Program to secure and/or release any medical/dental or social/educational (including Special Services documents i.e., IEP, IFSP, etc.) information obtained in connection with eligibility for its services, and to make these findings and reports available to those persons or agencies having a valid and legitimate interest in the case of the above named child. Any party so involved will understand that the information thus obtained will be treated as confidential.

I hereby release Eastern Plains Head Start from all legal responsibility or liability that may arise from this authorization.

A photo copy of this release is valid.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date Signed: \_\_\_\_\_

**SITIO PARA APLICAR:** \_\_\_\_\_

**NIÑO APLICANDO:** \_\_\_\_\_  
Primer nombre Medio nombre Apellido

**INFORMACION DE MIEMBROS 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				Embarazada		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	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	No											
	Primer	Apellido			X					X										X																		(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									Madrastra- Adulto Primario		
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

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

**INFORMACION DE LA FAMILIA**

**Direccion**

**De Casa:** \_\_\_\_\_  
Calle

Cuidad	Estado	Codigo de Correo
Telefono de Casa: _____	Telefono de Trabajo: _____	Telefono de Mensaje: _____
Telefono de Casa: _____	Telefono de Trabajo: _____	Telefono de Mensaje: _____
Telefono de Celular: _____	Telefono de Celular: _____	Telefono de Celular: _____
Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____

**Direccion**

**de Correo:** \_\_\_\_\_  
**(si es diferente que la direccin de casa)** Calle

Cuidad Estado Codigo de Correo

**Tipo de Familia: (Marque Uno)**

Familia de dos Padres/Guardianes       Familia de Madre/Guardian sola (figura de madre)       Familia de Padre/Guardian solo (figura de padre)

Es por lo menos un Padre/Gaurdian un miembro activo del Ejército de Estados Unidos?  Si  No,      Un veterano del Ejército de Estados Unidos?  Si  No

**Situacion de Empleo/Entrenamiento de Empleo: (Marque todo que aplica)**

Dos Padres/Guardianes estan	Un Padre/Guardian esta
<input type="checkbox"/> empleados	<input type="checkbox"/> empleado
<input type="checkbox"/> en entrenamiento de empleo o escuela	<input type="checkbox"/> en entrenamiento de empleo o escuela
<input type="checkbox"/> desempleados (desempleados, jubilados, incapacitados)	<input type="checkbox"/> desempleado (desempleado, jubilado, incapacitado)

**Tipos de Servicios Recibidos (marque todo que aplica):**

Ayuda Publica/Welfare (TANF)     Estampillas de Comida     WIC     Supplemental Ingreso de Seguro (SSI)     Cuidado Fomente

Salud y Bienestar Tratamiento/Terapia     Otro: Especifica \_\_\_\_\_

Servicios no son Recibidos

**Corrientamente Sin Hogar:**  Si  No       Dueno de hospedaje     Renta de hospedaje     Hogar Grupal     Otro: Especifica \_\_\_\_\_

**Tipo de Hospedaje:**

Casa       Casa Movil/Remoque       Hospedaje Migratorio       Apartamento       Asilo de Comunidad/Hogar Grupal

Cuarto de Hotel/motel       Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE INGRESOS:**

Numero Total de Adultos en Hogar: \_\_\_\_\_ Numero Total de Niños en Hogar: \_\_\_\_\_ Numero Total de Adultos contribuyendo a los Ingresos de Casa: \_\_\_\_\_

**INGRESOS DE CASA:** Marque todas fuentes de ingresos

___ SUELDOS, SALARIOS, PROPINA	___ COMPENSACION DE DESEMPLEADO	___ COMPENSACION DE TRABAJADOR	___ BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL
___ SEGURO SOCIAL SUPPLEMENTAL (SSI)	___ ASISTENCIA PUBLICA (TANF)	___ BENEFICIOS DE VETERANOS	___ BENEFICIOS MILITARES
___ PENSION, JUBILACION	___ PENSION DE DIVORCIO	___ MANTENIMIENTO DE NINO	___ PAGO POR NINO ADOPTIVO
___ BECA DE COLEGIATURA	___ INGRESOS DE FORTUNA	___ INGRESOS NETA DE RENTA	___ DIVIDENDOS
___ INTERES	___ DERECHOS DE AUTOR		

Por lo menos 10% de la oportunidad para matriculacion en Head Start se hace disponible a ninos con invalideces; por consiguiente, que este Niño esta identificado tener, o esta este Niño sospecho tener cualquier de lo siguiente que puede requerir intervencion temprana, educacion especial, y/ o servicios relacionados? (Leer la lista y marcar todo que aplica.) Si marcan cualquier articulos como "Identificado", favor de proporcionar el nombre del individuo o agencia que examino al nino(a) y la fecha de la evaluacion.

	Sospechoso	Identificado	Fecha	Evaluo Por:
Retraso en Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Riesgo Biológico/Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Condición Establecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Riesgo Ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Si este niño(a) recibe corrientemente servicios que dirigin cualquier de las necesidades marcadas arriba, favor de completar esta seccion:

Tipo de servicio: \_\_\_\_\_

Nombre de persona/agencia proveendo el servicio: \_\_\_\_\_

Dirreccion de Proveedor: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**O**

\_\_\_\_\_ Niño(a) no tiene invalideces

**Esta aplicacion no sera tramitada solamente que lo siguiente este adherido:**

1. Registro de Vacunas (copia de los dos lados de tarjeta)
2. Verificacion de Edad: Certificado de nacimiento o certificado de bautismo
3. Mas reciente Declaracion de Impuestos con todos fijaciones (W-2, hojas, etc.) Forma Federal 1040, 1040A o EZ Y Forma Estado NM (PIT).

**Ademas, por favor proporcione una copia mas reciente del examen fisico y dental, deticcion de plomo, y hierro.**

**MANDE LA APLICACION COMPLETADA A: Eastern Plains Head Start – P.O. Box 1244 – Tucumcari, NM 88401**

Certifico que la informacion proveido en esta forma es exacto y sincero, segun mi entender. Doy permiso al Programa de Eastern Plains Head Start verificar cualquier informacion para el proposito elegibilidad determinante para la participación en el programa.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOTA: Los servicios se proporcionan principalmente en el aula. El programa de Head Start no provee serivcios de transportación.**

# EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM

**H-3**<sub>EHS</sub>

## (6 semanas a 35 meses)- APLICACIÓN DE MATRICULACION

### PERMISO DE AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACION

NOMBRE NINO (A): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

---

CIUDAD	ESTADO	CODIGO DE CORREO
--------	--------	------------------

Por este medio doy permiso al Programa de Eastern Plains Head Start que solicite y que obtenga cualquier informacion o reportes medicales/dentales o sociales/educacionales (incluyendo documentos de Servicios Especiales, por ejemplo; IEP, IFSP, ect) necesitado para que sea mi nino (a) eligible para recibir servicios del Programa de Head Start y hacer a la disposicion para personas/agencias que tambien tengan interes en la causa de tal nino (a). Esta informacion sera de confianza.

Libro por este medio a Eastern Plains Head Start de responsabilidad o perjuicios legal que resulte por esta autorizacion.

Una fotocopia de esta autorizacion es valido

Firma Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_