

SITE APPLYING FOR: _____ **Child Applying:** _____
First name Middle name Last name

Please select preferred session
1st Choice (Circle only one) Morning Afternoon Either
2nd Choice (Circle only one) Morning Afternoon Either

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 st	2 nd	Proficient	Moderate	Little		
	Joe	Sample	02/02/79	444-22-1234	X									X			X						X	Primary Adult - Father
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								

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 th grade	May 25, 1996	Yes No
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 | | |

EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM APPLICATION FOR ENROLLMENT – Page 3

H-3_{HS}

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:
Autism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Emotional/Behavioral Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Health Impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hearing Impairment including Deafness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Learning Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Intellectual Disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Orthopedic Impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Speech or Language Impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Traumatic Brain Injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Visual Impairment Including Blindness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Other Impairments: _____	<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

IS YOUR CHILD POTTY TRAINED? Yes No (This will not affect your child’s ability to be enrolled)

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
APPLICATION FOR ENROLLMENT

H-3_{HS}

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: _____

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 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 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	1st	2nd	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 <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 Celular: _____

Correo Electronico: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Trabajo: _____

Telefono de Mensaje: _____

Telefono de Celular: _____

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

empleados

en entrenamiento de empleo o escuela

desempleados (desempleados, jubilados, incapacitados)

Un Padre/Guardian esta

empleado

en entrenamiento de empleo o escuela

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 Fomento

Salud y Bienestar Tratamiento/Terapia Otro: Especifica _____

Servicios no son Recibidos

Corrientemente 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:
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Desorden Emocional/de Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Desorden de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Deterioro del Oido incluso Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Invalidez del Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Deterioro de Ortopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Deterioro de Language o Idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Herida Traumacia del Cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Deterioro Visual incluso Ceguedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otro Deterioros	<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 su niño(a) trinado para usar el baño? Si No (Esto no afectaria la abilidad de que su hijo/hija podrea ser matriculado)

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: Acta 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
APLICACIÓN DE MATRICULACION**

H-3_{HS}

**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: _____