



**INFORMACION DE LA FAMILIA**

Direccion \_\_\_\_\_  
De Casa: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

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

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

**Estado** \_\_\_\_\_ **Codigo de Correo** \_\_\_\_\_  
**de casa)** \_\_\_\_\_  
 Familia de dos Padres/Guardianes  Familia de Madre/Guardian sola  Familia de Padre/Guardian solo

**Estatus Paternal (Marque Uno)**  Familia de dos Padres/Guardianes  Familia de Madre/Guardian sola  Familia de Padre/Guardian solo

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  desempleado (desempleado, jubilado, incapacitado)

**Tipos de Servicios Recibidos (marque todo que aplica):**  Servicios no son Recibidos  Un Padre/Guardian esta  empleado  en entrenamiento de empleo o escuela  desempleado (desempleado, jubilado, incapacitado)

Ayuda Publica/Welfare (TANF)  Estampillas de Comida  WIC  Supplemental Ingreso de Seguro (SSI)  Cuidado Fomente  Salud y Bienestar Tratamiento/Terapia  Otro: Especifica \_\_\_\_\_

**Corrientemente Sin Hogar:**  S  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

**INFORMACION DE INGRESOS:**  Cuarto de Hotel/motel  Otro: \_\_\_\_\_

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

SUELDO, 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 NIÑO	PAGO POR NIÑO ADOPTIVO
BECA DE COLEGIATURA	INGRESOS DE FORTUNA	INGRESOS NETA DE RENTA	DIVIDENDOS
INTERES	DERECHOS DE AUTOR		

Incluya la mas reciente Declaracion de Impuestos con todos fijaciones (W-2, hojas, etc.) Forma Federal 1040, 1040A o EZ Y Forma Estado NM (PIT) para determinar elegibilidad  
**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 participacion en el programa.  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

**EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM**  
**(Mujer Embarzada)**  
**APLICACION DE MATRICULACION**

**PERMISO DE AUTORIZACION**  
**PARA SOLICITAR INFORMACION**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

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 necesitados para que sea eligible para recibir servicios del Programa de Head Start y hacer a la disposicion para personas/agencias que tambien tengan interes en la causa. Esta informacion sera de confianza.

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

Una fotocopia de esta autorizacion es valida

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

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