

INFORMACION DE LA FAMILIA

Direccion De Casa: _____
Calle _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo de Correo _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Mensaje: _____ Telefono de Celular: _____ Optar de mensaje de texto Si No
Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Mensaje: _____ Telefono de Celular: _____ Optar de mensaje de texto Si No

Direccion de Correo: _____ Correo Electronico : _____
(si es diferente que la direccion 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
 empleados empleado
 en entrenamiento de empleo o escuela en entrenamiento de empleo o escuela
 desempleados (desempleados, jubilados, incapacitados) desempleado (desempleado, jubilado, incapacitado)

Tipos de Servicios Recibidos (marque todo que aplica): Servicios no son Recibidos
 Ayuda Publica/Welfare (TANF) SNAP WIC Supplemental Ingreso de Seguro (SSI) Cuidado Fomento
 Salud y Bienestar Tratamiento/Terapia Otro: Especifica _____

La familia comparte la vivienda de otras personas debido: a la pérdida de su casa, dificultades económicas o una razón similar? Si No
Hace la familia 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 matriculación en Head Start se hace disponible a niños 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 niño(a) y la fecha de la evaluacion.

	Sospecho	Identificado	Fecha	Evaluó 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 Traumática 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"/>	_____	_____

Su niño(a) tiene algún problema de salud, condición médica o necesidad de salud especial que debemos conocer para ayudarnos a cuidarlo de manera segura y efectivo? Si No

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

Nombre de persona/agencia proveendo el servicio: _____

Dirección de Proveedor: _____ Telefono _____

_____ Niño(a) no tiene invalideces

Esta su niño(a) trinado para usar el baño? Si No (Esto no afectaría la habilidad 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. Verificación de Edad: Acta de nacimiento o certificado de bautismo
 3. SNAP o Mas reciente Declaracion de Impuestos con todos fijaciones (W-2, hojas, etc.) Forma Federal 1040, 1040A o EZ Forma Estado NM (PIT).
- Ademas, por favor proporcione una copia mas reciente del examen fisico y dental, deticción 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 servicios 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 responsibilidad o perjuicios legales que resulte por esta autorizacion.

Una fotocopia de esta autorizacion es valido.

Firma Padre/Guardian: _____

Fecha de la Firma: _____