



Mesa Directiva del Condado de Brevard



Programa Head Start

Gracias por su interés en el Programa Head Start.

Esta aplicación NO garantiza cupo en el Programa Head Start.

Se le llamará y asignará una cita para determinar si es elegible.

Es de suprema importancia que los números telefónicos proporcionados sean correctos.

UTILICE LETRA IMPRENTA

Fecha de la solicitud _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____
(Nombre) (Apellido)

Grupo Familiar _____ (número de familiares que viven en la misma casa y que son mantenidos por el padre incluyéndose también)

Ingresos de la familia \$ _____ por año

Por favor marcar todos los que aplique: Indigente SSI Hogar Adoptivo TANF

Nombre del Niño (tal como aparece en el Certificado de Nacimiento)

(Nombre) (Segundo) (Apellido)

Del Niño Fecha de Nacimiento _____ Raza del Niño _____ Idioma Primario del Hogar _____

Género masculino femenino ¿Su Hiji Tiene un ESP? Si No

Anote todos los miembros adicionales de la familia que viven en el hogar.

Nombre _____ Apellido _____ FDN* _____ Raza _____

*FDN: Fecha de Nacimiento

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Teléfono (de día) _____ (de noche) _____ (celular) _____

Correo Electrónico _____

Estuvo su niño previamente registrado en Early Head Start o Head Start? SI NO

Si marca si, que escuela o lugar _____

¿En que instalación de Head Start está usted interesado? _____

School Office Personnel: Please send the completed Head Start applications to the appropriate school, attn.:
Head Start Family Advocate or Clearlake Education Center, attn.: Head Start Family Services Manager