



Adulto Primario _____
Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo _____

Nombre del Niño(a) _____
Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo _____

Relación del niño(a) al adulto primario _____ Raza _____ Idioma Principal _____

Domicilio _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____
Casa _____ Móvil _____ Trabajo _____ Alternativo _____

Estado Matrimonial _____ # en Familia _____ # de Niños _____ # de Niños _____ # de Niños _____
(Soltero, Casado, Divorciado, Separado) entre 0-3 años entre 4-5 años

¿Como llegara el niño a l'escuela? _____ ¿El menor tiene alguna necesidad o deshabilidad en especial? _____
(Autobús, A Pie, Con Otro Adulto) Sí o No

Explique si su respuesta fue sí: _____

El niño fue referido a "HEAD START"? SÍ NO Si su respuesta fue sí, quien? _____

Ha estado el niño enrolado en "HEAD START"? SÍ NO Si su respuesta fue sí, en que año? _____

Nombre del Centro _____ Ciudad _____ Estado _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS E ELEGIBILIDAD

Recibe Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)? SI NO

Es participante de "Families First"? YES NO

CIRCULE CADA LETRA QUE LE APLIQUE E INDIQUE LOS INGRESOS MENSUALES RECIBIDOS

A. Sueldo \$ _____ B. TANF \$ _____ C. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ _____ D. Pensión \$ _____
E. Beneficios al Veterano (V.A.) \$ _____ F. Seguro Social \$ _____ G. Empleado Autónomo \$ _____
H. Mantenimiento del Niño/a \$ _____ I. Otra Fuente de Ingresos \$ _____

PUNTOS

Estado Familiar _____ Incapacidad _____ Ingresos _____ Edad _____ Misceláneo _____ Clasificación Total _____

SOLO PARA EL USO DE OFICINA - EL TOTAL MENSUAL :

YO, CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERDAD. SI CUALQUIER PARTE ES FALSA, MI PARTICIPACIÓN EN ESTE PROGRAMA DE LA AGENCIA PUEDE SER TERMINADA Y PUEDO SER SUJETO A ACCIÓN LEGAL. ENTIENDO TAMBIÉN QUE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL PROCESO ESTARÁ EN LA MAS ESTRICTA CONFIANZA DENTRO DE LA AGENCIA Y ES ACCESIBLE A MI DURANTE HORAS DE OFICINA.

EL PROGRAMA DE GOODWILL HOMES COMMUNITY SERVICES, INC. HEAD START NO DISCRIMINA BASADO EN RAZA, COLOR, CREDO, ORIGEN NACIONAL, SEXO, EDAD, INCAPACIDAD, AFILIACIÓN POLÍTICA O RELIGIOSA.

FIRMA DEL ADULTO PRIMARIO _____ FECHA _____