

**UNION COUNTY COMMUNITY ACTION, INC.
 APLICACION PARA EL PROGRAMA HEAD START**

1. Nombre Legal del Niño Aplicación # _____
 Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

2. Familia viviendo en la casa:

Padre (s)/ Guardian (s) del niño	Fecha de Nacimiento	Número Seguro Social	Sexo	Grado Escolar	Emplicador
Nombre y Apellido _____	____/____/____	____-____-____	____	____	____
Nombre y Apellido _____	____/____/____	____-____-____	____	____	____
Otros niños en la casa:	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social		Sexo	
_____	____/____/____	____-____-____		____	
_____	____/____/____	____-____-____		____	
_____	____/____/____	____-____-____		____	
_____	____/____/____	____-____-____		____	
_____	____/____/____	____-____-____		____	

3. Estado Marital (circule uno): Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a) Soltero(a)

4. Dirección Postal y Residencial: _____
 P.O. Box y Calle _____ Ciudad Estado Código Postal _____

5. Dirección de cómo llegar a su casa: _____

Dónde se recogerá a su niño (a): _____

Dónde se dejará a su niño (a): _____

6. Teléfono (Casa) () _____ Otro Número de Teléfono dónde () _____
 se le pueda localizar o dejar mensaje

7. Número del Medicaid del niño (a) o Número de la Póliza del Seguro Médico: _____

8. Seguro Social del Niño (a) _____ Raza: B H N W O Sexo: M F Idioma: _____

9. El niño(a) llegará al programa en (circule uno) B= Bus C= Caminando P= Padres O= Otros

10. Tiene el niño(a) alguna discapacidad? Si No Sospecha usted de alguna?(Por favor incluya documentación del doctor)
 Por ejemplo esto se refiere a: atraso en el habla, no escucha bien, atraso en el desarrollo normal del niño (a), otros.

11. Fue referido al programa? Si No Agencia(s) o Persona que lo refirió: _____

12. Por favor seleccione todo lo que aplique a su situación para que podamos determinar el nivel de necesidad de su familia:

- Recibe TANF/SSI (Welfare/Seguro Social Suplementario) – provea registros de pagos recibidos
- Crisis Familiar – describa la crisis: _____
- Embarazada? Fecha de Parto: _____ Doctor: _____
- Está el Niño(a) en Custodia de Protección? Abuso de Substancias/Violencia Doméstica
- Padre/ Guardian Discapacitado? – Nombre: _____ Que tipo de Discapacidad: _____
- Padre Adolescente Padre en Estudios de Capacitación (GED/College)
- Niño(a) en lista de espera el año anterior Niño(a) regresando al programa
- Hermano(a) del niño (a) que estuvo matriculado – nombre del hermano(a)-año escolar que asistió: _____

Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia pueden ser terminados y podría ser sujeto de una acción legal. También entiendo que la información en esta aplicación será mantenida en estricta confidencia.

Firma: _____

Fecha : _____