



SKAGIT/ISLANDS HEAD START

Nombre del Niño _____

Forma de Matrícula

Sobre su Familia:

Cuántas Personas en la familia: _____

Número Dependientes: _____

Idioma que Habla: _____

¿Necesita un traductor? Sí No

Soltero jefe de familia Casados Jefe de Familia

Número de niños de 0-3 años: _____

Número de niños de 4 a 5 años: _____

¿Esta alguna persona embarazada en la familia? Sí No (Si contesto sí, fecha del parto) _____

¿Fue su familia referida a Head Start? Sí No Si contesto sí, ¿Por quién? _____

Padre/Encargado #1 _____ ¿El niño vive con este padre? Sí No

Dirección: _____ Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Residencia: _____ Celular: _____ Dirección Electrónica _____

Este Padre : Asiste a la Escuela Trabaja Asiste a un Programa de Entrenamiento

Mayor grado académico alcanzado _____ Fecha de nacimiento del padre _____

Padre/Encargado #2 _____ ¿El niño vive con este padre? Sí No

Dirección: _____ Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Tel. Residencia: _____ Celular: _____ Dirección Electrónica _____

Este Padre : Asiste a la Escuela Trabaja Asiste a un Programa de Entrenamiento

Mayor grado académico alcanzado _____ Fecha de nacimiento del Padre _____

SOBRE SU NIÑO:

Nombre legal del Niño (Nombre, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Etnicidad: _____

Sexo del Niño: Femenino Masculino

Idioma Primario: Inglés Español Ruso Otro: _____

¿Tiene su hijo(a) seguro médico? Sí No

¿Qué clase? _____

¿Ha estado su hijo(a) en Head Start anteriormente? Sí No Si marco sí, éste es su 2 ó 3 año

¿Dónde? _____

¿Recibe WIC? Sí No

¿Asiste su niño a una guardería actualmente? Sí No ¿Dónde? _____

Sobre sus Ingresos:

Esta información es requerida. Favor de llenar completamente y firmar.

¿Cuál es su fuente de ingreso? Trabajo TANF Pensión Alimenticia SSI Otro

Ingreso en los últimos 12 meses : \$ _____

Esta usted recibiendo actualmente servicios a través de TANF, o en el pasado año: Sí No

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Favor de proveer los nombres y fechas de nacimiento de todos los demás miembros de la familia menores de 18 años que viven en el hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento

Nombre	Fecha de nacimiento

A las familias elegibles que tienen necesidades especiales se les da prioridad en la matrícula.
Favor de marcar cualquier circunstancia que le aplique:

Niño	<input type="checkbox"/> Discapacidad Diagnosticada	Familia	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma
	<input type="checkbox"/> Sospecha Discapacidad		<input type="checkbox"/> Un solo padre en la escuela o trabajando
	<input type="checkbox"/> Preocupación con el Comportamiento		<input type="checkbox"/> Combinación de familias
	<input type="checkbox"/> Preocupación por el Aprendizaje		<input type="checkbox"/> Reciente Divorcio/separación
	<input type="checkbox"/> Preocupación por la Salud		<input type="checkbox"/> Preocupación Médica
	<input type="checkbox"/> Preocupación Dental		<input type="checkbox"/> Desamparado
	<input type="checkbox"/> Necesidades Nutricionales		<input type="checkbox"/> Sin casa temporal
	<input type="checkbox"/> Niño Matriculado anteriormente en Head Start		<input type="checkbox"/> Mayores cambios en la familia/crisis
	<input type="checkbox"/> Niño transferido de otro programa de HS		<input type="checkbox"/> Discapacitado
	<input type="checkbox"/> Niño que recibe servicios especiales (i.e. SPARC, IFSP, IEP, Good Beginnings)		<input type="checkbox"/> Enfermedad
	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma		<input type="checkbox"/> Peligros de seguridad en el hogar
	<input type="checkbox"/> Otro (explique)		<input type="checkbox"/> Muerte en la Familia
			<input type="checkbox"/> Otro (explique)

En su familia, hay alguien que este:

embarazada Madre Adolescente Infante de 0-6 meses Niño de 13-24 meses

Alto riesgo o joven embarazada (menor de 18) Niño de 7-12 meses Niño de 25-36 meses

Favor de añadir cualquier otra preocupación que usted tenga por su hijo(a) o familia:

Favor de devolver su aplicación a:

Head Start / Skagit Valley College
 2405 E. College Way
 Mount Vernon WA 98273

Si tiene preguntas.
 Llame al 360-416-7590

- Si su dirección cambio después de aplicar, usted debe informarlo; de lo contrario su niño no podrá ser matriculado.
- Aplicaciones de Early Head Start son aceptadas en cualquier momento durante el año.
- Si es seleccionado para matricularse, usted deberá proveer prueba del acta de nacimiento, ingreso familiar y tarjeta de vacunación.

Las Familias serán notificadas sobre la matrícula de otoño para el 31 de agosto.