



Head Start Family Day Care

3295Fulton Street, 1st Floor
Brooklyn, NY 11208
(718) 235-3949

Aplicación de matriculación

FECHA: / /

A

1. Nombre del Padre/Madre

2. Dirección Zona Postal/

2A. ¿Entre que calles vive?

3. Teléfono Particular

4. Teléfono del Trabajo

5. Número de Celular (si tiene)

7 Corre electrónico de Padre (si tiene)

8. Nombre del Niño/a

8.A Fecha de Nacimiento del niño/a

9. Nombre de la Persona para llamar en caso de emergencia

10. Numero de Teléfono

11. ¿Sí es ciudadano, esta registrado/a para votar? Sí No

¿Sí no, le gustaría registrarse aquí? Sí No

11 B. Tiene Automóvil para transportar su niño a la escuela? Sí No

B

12. ¿Tiene su niño/a problemas relacionados con la salud medica o mental? Sí, es **SÍ** explique.

13. ¿Su niño/a tiene algunas incapacidades diagnosticadas o sospechadas? Sí, **SÍ** por favor explique

14. ¿Tiene su niño/a una facilidad medica (hospital, clínica o oficina de doctor privado) donde el /ella es visto/a regularmente? **Si**, es si, por favor escriba el nombre, si **NO** explique: _____

15. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en el hogar? _____

16. ¿Qué idioma de instrucción prefiere para su niño/a?

Español Ingles Bilingüe (Ingles y Español)

17. ¿Cuál es la raza de su niño/a? (opcional)

Nativo Americano

Nativo de Alaska

Asiático

Negro/Africano

Hispano/Latino

Blanco

Nativo de Hawái o de Islas Pacifica

Otro _____

17 A. ¿Cuál es el país de nacimiento de los padres? _____

18. ¿Está trabajando? SI NO ¿Sí es si, cual es el nombre de la compañía y su posición?

¿Cual es su horario? _____

18 A. ¿Esta asistiendo a la escuela? SÍ NO ¿Sí es sí, Nombre de la escuela, su curso de estudio y su horario? _____

19. Abajo liste los nombre, edad y relación de todas las personas que viven en su casa Incluyéndose a si mismo.

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

20. ¿Algunos de los adultos nombrados en la aplicación arriba están empleados? SÍ NO

***Si la respuesta es sí, necesitaremos que muestre la prueba de ingreso de esa persona.

21 Yo, _____ verifico que toda la información de arriba es
(Nombre)

correcta y verdadera. Si por alguna razón se descubren que la información no es existente, los servicios proveído por la CHCCC **serán** suspendidos

Firma _____ Fecha: _____

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL

Documentos de ingreso incluyen:

Acta de Nacimiento S.S. W-2 1040 186D Prueba de dirección

Talonario de pago Carta del Empleador 548C Recibo de Asistencia Pública

Carta notariada verificando desempleo Otro documento: _____

Lugar de preferencia: Head Start Family Day Care

Verificado por: _____ Día: _____

Numero de miembros en la familia _____ Ingreso del Año \$ _____

Elegible No Elegible (Razón) _____



3295 Fulton St. Brooklyn, NY 11208 (718)235-3949

Required Documents
Documentos Requeridos

Child's Birth Certificate / **Acta de Nacimiento del niño/a**

- 1.) Both Parent's Proof of Income/ **Verificación de ingreso de ambos padres**
- 2.) Families Proof of Address (bills under your name) / **Prueba de dirección (facturas en su nombre)**
- 3.) We accept children receiving services, If your child is receiving any therapy please add a copy of your child's last *evaluation*./ ***Aceptamos niños que reciben servicios, Si su niño/a recibe alguna servicio de terapia favor de añadir la copia de la evaluación mas reciente de su niño/a***
- 4.) We accept homeless families or Foster children/ **Aceptamos familias que estan en refugio o estan en foster care.**

Applications are taken Monday through Friday from 10-5pm, for more information please contact our office at (718) 235-3949.

Las aplicaciones son aceptadas lunes a viernes de 9-5pm, para más información favor de contactarse con nosotros al (718) 235-3949.