



Head Start Family Day Care

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

Aplicación de Matriculación

FECHA: / /

A 1. Nombre del Padre/Madre

2. Dirección

¿Entre que calles vive?

3. Teléfono de la casa 4. Teléfono del Trabajo

5. Número de Celular

6. Correo electrónico del Padre

7. Nombre del Niño/a 8. Fecha de Nacimiento del niño/a

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

10. Número de Teléfono

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

¿Sí no, le gustaría registrarse aquí? Sí No

11 b. ¿Tiene vehículo para transportar su niño a la escuela? Sí No

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

13. ¿Su niño/a tiene algunas incapacidades diagnosticadas o sospechadas? Sí es **Si**, explique

14. ¿Tiene su niño/a una facilidad médica (hospital, clínica o oficina de doctor privado) donde el /ella es visto/a regularmente? Si, es **Si**, explique _____

15. ¿Cuál es el idioma primario del hogar? _____

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

español inglés bilingüe (inglés y español)

17. ¿Cuál es la raza de su niño/a?

Nativo Americano Nativo de Alaska Asiático

Negro/Africano Hispano/Latino Blanco

Nativo de Hawái o de Islas Pacíficas Otro _____

17 b. ¿Cuál es el país de nacimiento de los padres o abuelos? _____

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

18 b. ¿Está asistiendo a la escuela? Si No ¿Sí es sí, nombre de la escuela, curso de estudio y horario?

19. ¿Vive en un refugio familiar? Sí No ¿Recibe WIC? Sí No

¿Recibe cupones de alimentos? Sí No ¿Recibe Asistencia Pública (TANF)? Sí No

19 b. ¿Alguno de los padres están enlistados en los servicio miliario de los Estados Unidos? Sí No

20. Abajo liste los nombres, edad y relación de todas las personas que viven en su casa, Incluyéndose a sí mismo y el niño/a que está registrando.

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

21. ¿Algunos de los adultos nombrados en la aplicación arriba están empleados? Si No

Si la respuesta es **Sí**, proveer prueba de ingreso de esa persona.

22. Como escucho acerca de nuestro programa? _____

23. Yo, _____ verifico que toda la información de arriba es correcta y verdadera.

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

C Firma Guardian o Padre: _____ 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: _____

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

Estatus de elegibilidad: Pobreza/TANF/SSI Foster Care Familia desamparada Familia Militaría

Ingreso entre 100%-130% : _____ Sobre Ingreso: % _____

3295 Fulton St



Head Start Family Day Care

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

**We accept application for children that will be turning three years old
*Estamos aceptando aplicaciones de niños que estaran cumpliendo 3 años de edad.***

Required Documents/ Documentos Requeridos

- 1.) Child's Birth Certificate / ***Acta de Nacimiento del niño/a***
- 2.) Both Parent's Proof of Income / ***Verificación de ingreso de ambos padres***
If parents are not together but provide child support, we will need a notarized child support letter.
Si los padres están separados provea una carta notariada verificando la manutención del niño/a.
- 3.) Families Proof of Address (bills under your name) / ***Prueba de dirección (facturas en su nombre)***
- 4.) If your child has an evaluation and/or is receiving services, please bring a copy of your child's last evaluation.

Si su niño/a tiene una evaluación y/o recibe servicios favor de proveer la copia de la evaluación más reciente.

Office is open Monday thru Friday from 9-5pm. For more information please contact our office at (718) 235-3949 and ask to speak to Gloria or Jessenia

La oficina está abierta de lunes a viernes de 9-5pm. Para más información favor de contactarse con la oficina al (718) 235-3949 pregunte por Gloria o Jessenia.