



A Community Action Agency

### EARLY HEAD START & HEAD START Grantee Formulario de Admisión

Nombre del Padre/Tutor (s): \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Por favor liste los niños que hay en su familia de edades de “recién nacidos hasta los 5 años”

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Está usted / su pareja embarazada? Sí  No  Si es así, ¿cuál es la fecha de alumbramiento? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma (s) su familia hablan:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Su familia recibe asistencia pública (asistencia en efectivo o asistencia de incapacitados)? Sí  No

¿Su familia se considera sin hogar? Sí  No

¿Alguno de estos niños son hijos de crianza? Sí  No

Ingreso anual aproximado: \$ \_\_\_\_\_ # de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene una discapacidad diagnosticada o IEP? Sí  No

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Por favor agregue cualquier nota aplicables al dorso del formulario*

**Padre/Tutor –**

**Usted será contactado para ponerle una cita de inscripción.**

**Por favor traiga la siguiente información con usted:**

- Certificado de Nacimiento
- La documentación de asistencia pública: asistencia en efectivo o asistencia de incapacitados (Si aplica)
- La documentación de la falta de vivienda o acogimiento ( Si aplica)
- La información de ingresos del año anterior: W2 or 1040
- El Registro de vacunación actual
- Prueba de Domicilio (donde vives)
- Tarjeta de seguro / Medicaid
- Examen físico (recomendado antes de asignar al niño al salón de clases)

**Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nuestros Coordinadores de Admisión de Head Start**

North Oakland County/Pontiac – Karen @ (248)935-1796  
South Oakland County – Kathy @ (248) 470-8019