



✦ 1100 E. Marina Way, Suite 215, Hood River, OR 97031 ✦ (541) 386-2010 ✦ Fax (541) 386-4597 ✦ mcccheadstart.org

HEAD START ✦ EARLY HEAD START ✦ OPK ✦ OPKPT ✦ ECEAP ✦ PRESCHOOL PROMISE

Esta aplicación no le asegura su inscripción. Es preciso tener una entrevista y proveer los documentos necesarios para su verificación de elegibilidad antes de entrar a nuestro programa. Usted será notificado sobre el estado de su solicitud lo más pronto posible.

Selecciona el tipo de programa en cual está aplicando:

Día de escuela: 6 semanas a los 5 años ✦ **Basado-en-casa:** Prenatal a 3 años de edad

Por favor llene esta sección completamente, esto facilitara la decisión de selección y nuestra habilidad para contactarle. Por favor infórmenos sobre cualquier cambio de datos generales después de haber mandado su solicitud.

Nombre del niño(a)/Solicitante/ _____
Primer nombre Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Masculino** **Femenino** **Fecha de parto:** _____
(si está embarazada)

Dirección donde vive: _____
Street City State Zip

Dirección de correo: _____
(si es diferente) Street City State Zip

Primer lenguaje del niño(a): Inglés Español Otro: _____

¿Es el niño(a) Hispano(a) o de origen Latino? Si No

Origen étnico del niño(a): Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano
 Blanco Multi-Racial Nativo de Hawái u otras islas del pacifico Desconocido Otro: _____

¿El niño(a) tiene alergias o restricciones de dieta? Si No **Si marco 'si', que es:** _____

¿El niño(a) tiene una discapacidad o problemas de salud serios? Si No

Esta el niño en un plan de IEP/IFSP? Si No

Por favor describe las necesidades de salud para su niño(a) o donde recibe servicios de IEP/IFSP:

Nombre del 1er Padre o Madre/Guardián: _____
Primer nombre Segundo Apellido

Número de teléfono: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Masculino** **Femenino**

Primer lenguaje del padre/madre: Inglés Español Otro: _____

Parentesco con el niño(a): Padre/Madre Guardián Legal Familia Temporal Abuelos Otro Familiar

Estado de empleo: Empleado Tiempo completo/ parcial Estudiante Desempleado Dueño de negocio Otro

Nombre y teléfono del empleador: _____

Desea correspondencia por: Correo Postal Correo Electrónico: _____

Nombre del 2do Padre o Madre/Guardián: _____
Primer nombre Segundo Apellido

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino X

Primer lenguaje del padre/madre: Inglés Español Otro: _____

Parentesco con el niño(a): Padre/Madre Guardián Legal Familia Temporal Abuelos Otro Familiar

Estado de empleo: Empleado Tiempo completo/ parcial Estudiante Desempleado Dueño de negocio Otro

Nombre y teléfono del empleador: _____

Desea correspondencia por: Correo Postal Correo Electrónico: _____

Dirección donde vive: _____
(Si es diferente de su niño/a): Calle Ciudad Estado Código Postal

Por favor enliste todas las personas que viven en su hogar con el mismo ingreso económico relacionada con el solicitante por sangre, matrimonio o adopción:

Nombre	Parentesco con el niño(a)	Fecha de Nacimiento

Su solicitud está **incompleta** sin la **firma** del padre o madre/guardián legal y si no provee los documentos necesarios.

Prueba de identificación será requerido en el momento de la interista de padres/registro del niño(a).

Mid-Columbia Children's Council Inc., Reclutamiento: ¿cómo se enteró de nosotros?

Empleado de MCCC Anuncio de media Bandera de MCCC Folletos Padre de Head Start Referido por: _____

Firma de (M)Padre/Guardián legal: _____ Fecha: _____

Solicitud recibida por: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la póliza de leyes federales del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, a esta institución se le prohíbe discriminar con base en raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

