



**PRE-ELIGIBILIDAD PARA HEAD START TEMPRANO
2010**

El programa de Head Start Temprano, Early Head Start (EHS), es para infantes, niños pequeños (0-3 años), mujeres embarazadas y sus familias de bajos ingresos. Los programas de EHS promueven el desarrollo físico, social, emocional e intelectual de los niños; asisten a las mujeres embarazadas a tener acceso a cuidados comprensivos prenatales y posparto; apoyan los esfuerzos de los padres de satisfacer su rol como padres y ayudan a los padres a lograr la auto suficiencia.

Nombre de padres: _____ Fecha: _____
o tutores

Relación con el niño: _____ Teléfono de la casa _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Dirección Física _____ Ciudad _____

Si usted está embarazada, fecha de parto (mes/año) : _____

¿Está recibiendo servicios prenatales? Si No

Nombre
del niño/a : _____

Fecha de Nacimiento _____

Inscrito actualmente en los programas de:

Medicaid TANF
 WIC SSI
 Cuidado Foráneo
(Foster Care)

INFORMACIÓN FAMILIAR: NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN CON EL NIÑO: _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Es muy importante que competa la información acerca de los ingresos. Nuestro programa se basa en los ingresos y necesitamos saber el ingreso exacto del año pasado. Necesitará mostrar prueba de ingresos para la inscripción.

Total de ingresos familiares/padres del año pasado \$ _____

Aseguro, con lo mejor de mi conocimiento, que la información dada en este formulario es correcta y precisa. El completar este formulario no garantiza la inscripción en el programa.

Firma del padre/madre

Fecha