



Aplicación de programas de primera infancia
 110 NE 4th St., Hermiston, OR 97838
 (541) 564-6878 o 1(800) 559-5878/Relevo 711 del Estado

Office Use Only	
Program year _____	
Program _____	
Site _____	
Enrollment date _____	
Classroom _____	

INFORMACION DEL PARTICIPANTE						
(LEGAL) Primar Nombre	(LEGAL) Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento			
			Mes	Día	Ano	
Sexo	País de Nacimiento	¿Tiene algún niño, padres o guardián alguna incapacidad o necesita ayuda de servicios?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						

** Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.*

INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN						
Nombre de Padres/Guardián	Sexo	Edad	Parentesco	Empleo	Lenguaje Principal	¿Necesita Intérprete?
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DE LA FAMILIA						
Apellido de la Familia:		Número de gente en la Familia:		Cuanta gente vive en el hogar:		
Dirección de Residencia	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado		
¿La misma de residencia?	Dirección Postal	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Número de Teléfono	Tipo (Llene uno)	Notas (por ejemplo, una extensión o mejor hora para llamar)				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					

INFORMACION FINANCIERA		
<p>Para ayudarnos a determinar si su familia es elegible para nuestros programas, necesitamos saber la cantidad de ingreso bruto, ya sea por los pasados 12 meses o el total del reporte de impuestos del año pasado. Las Reglas Federales requieren que todos los ingresos sean verificados al tiempo de la matrícula. Para cumplir con esta regulación, un miembro del personal va a necesitar ver prueba escrita (formularios de impuestos, formulario W-2, talones de pago, sobre de pago, declaración escrita de la empresa, documentación de desempleo, ayuda financiera o ayuda de sostenimiento para niño.</p>		
Cantidad Anual	TANF	SSI
Favor de proveer una estimación del ingreso bruto anual, de todos los recursos según indica arriba: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certificación: *Yo he leído esta aplicación y la entiendo. Yo certifico que la información mencionada anterior, incluyendo lo financiero, es lo mejor de mi conocimiento, verdadera y completa. Yo entiendo que la información en esta aplicación estará en estricta confidencialidad dentro de la agencia.*

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Umatilla-Morrow County Head Start, Inc. no discrimina contra ninguna persona en bases de raza, color, origen nacional, incapacidad, o edad al tiempo de admisión, tratamiento, o participación en los programas, servicios y actividades, o en empleo. Para más información sobre esta póliza, comuníquese con: Coordinador de Recursos Humanos/Sección 504, (541) 564-6878, Relevo 711 del Estado.