

**Solicitud Para la Lista de Espera de Marin Head Start**  
 359 Bel Marin Keys Blvd, Suite 1 Novato, CA 94949 415-883-3791 Fax 415-883-6088  
 child@marinheadstart.org

**Nombre del Niño** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Idioma principal** \_\_\_\_\_ **Otro(s) idioma(s)** \_\_\_\_\_ **Raza/Grupo Étnico** \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño algún impedimento o necesidad especial? \_\_\_\_\_ Si es si, ¿Cual es el diagnostico? \_\_\_\_\_

¿Con que proveedor o agencia esta usted trabajando en cuanto a las necesidades especiales de su niño? \_\_\_\_\_

**Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño** \_\_\_\_\_

**Idioma principal** \_\_\_\_\_ **Otro(s) idioma(s)** \_\_\_\_\_ **Raza/ Grupo Étnico** \_\_\_\_\_

Vive con el niño (a): \_\_\_Si \_\_\_No Si no, por favor de la otra dirección \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño** \_\_\_\_\_

**Idioma principal** \_\_\_\_\_ **Otro(s) idioma(s)** \_\_\_\_\_ **Raza/Grupo Étnico** \_\_\_\_\_

Vive con el niño (a): \_\_\_Si \_\_\_No Si no, por favor de la otra dirección \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Números de Teléfono:** Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿A que numero le llamamos primero? \_\_\_\_\_

**Su niño vive con:** un solo padre \_\_\_\_\_ los dos padres \_\_\_\_\_ ¿Otro adulto? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas hay en su familia inmediata? \_\_\_\_\_ / ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_

¿Cual es el ingreso total mensual de su familia antes de los impuestos? _____ ¿Cual es la fuente de los ingresos? (✓ todo que aplique) Trabajo _____ TANF _____ Cal Works _____ SSI _____ Otro _____	¿Esta recibiendo WIC? _____ si _____ no
--	--

**Haga una lista de los hermanos de su niño que viven en la casa con ustedes**

Nombre del Hermano	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento

**Toda la información se debe de llenar por completo o su aplicación no será procesada**

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna de la información es falsa mi participación en el programa de esta agencia podría ser anulada. También es de mi conocimiento que la información en esta aplicación será mantenida en estricta confidencia.

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_