Marin Head Start
Solicitud Para la Lista de Espera

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***_____
Mes Día Año

Idioma principal_____ Otro(s) idioma(s)_____ Raza/Grupo Étnico_____

¿Está recibiendo **WIC**? ❒ **si** ❒ **no**

¿Tiene su niño algún impedimento o necesidad especial? ❒ **si** ❒ **no** Si es sí, ¿Cual es el diagnóstico?_____

¿Con que proveedor o agencia está usted trabajando en cuanto a las necesidades especiales de su niño?_____

Padre/Guardián #1 _____Fecha de Nacimiento_____/_____/_____ Relación con el niño _____

Idioma principal _____ Otro(s) idioma(s) _____ Raza/Grupo Étnico _____

Vive con el niño: ❒ **si** ❒ **no** **Si no**, por favor dé la otra dirección: _____

Padre/Guardián #2 _____Fecha de Nacimiento_____/_____/_____ Relación con el niño _____

Idioma principal _____ Otro(s) idioma(s) _____ Raza/Grupo Étnico _____

Vive con el niño: ❒ **si** ❒ **no** **Si no**, por favor dé la otra dirección: _____

Dirección_____Ciudad_____Código Postal_____

¿Considera usted que su familia es "homeless" es decir, *SIN* un lugar estable en donde vivir? ❒ **si** ❒ **no**
(Se requerirá comprobante)

Números de teléfono: **Casa**_____-_____ **Celular** _____-_____ **Numero Adicional** _____-_____

¿A qué número prefiere que le llamemos primero?_____ **Correo Electrónico:** _____

¿Cuántas personas hay en su familia inmediata? _____ ¿Cuantas personas viven en la casa? _____

Ingresos de la familia

Padre/Guardián #1 ¿Cuál son los ingresos antes de impuestos? **$**_____ ❒ al día ❒ a la semana ❒al mes ❒ al año

¿Cuál es su fuente de ingresos? (Indique los que apliquen) Trabajo TANF Cal Works SSI Otro

Padre/Guardián #2 ¿Cuál son los ingresos antes de impuestos? **$**_____ ❒ al día ❒ a la semana ❒al mes ❒ al año

¿Cuál es su fuente de ingresos? (Indique los que apliquen) Trabajo TANF Cal Works SSI Otro

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 debe ser llenada por completo o su aplicación no será procesada

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

Firma del Padre / Guardián: _____ ***Fecha:*** _____/_____/_____