

# Marin Head Start

## Solicitud para la lista de espera de Mujeres Embarazadas

359 Bel Marin Keys Blvd, Suite 1 Novato, CA 94949 (415) 883-3791 Fax (415) 883-6088  
child@marinheadstart.org

<b>Nombre de la Mujer Embarazada</b> _____	<b>Fecha de nacimiento de la Mujer Embarazada</b> ____/____/____	
Idioma principal _____	Idiomas adicionales _____	Raza/Grupo étnico _____
<b>Fecha aproximada del parto</b> ____/____/____	<b>Proveedor de cuidado prenatal</b> _____	<b>Teléfono</b> _____ - _____
¿Recibe servicios de WIC? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
¿Se sospecha que su bebe pueda presentar necesidades especiales? No ___/ Si ___		
¿Diagnostico? Ó nombre de cualquier agencia que este trabajando con usted durante este embarazo: _____		
<b>Números de teléfono:</b> Casa _____ - _____	Celular _____ - _____	Numero Adicional _____ - _____
¿A qué número prefiere que le llamemos primero? _____		
<b>Correo Electrónico:</b> _____		
<b>Dirección</b> _____	<b>Ciudad</b> _____	<b>Codigo postal</b> _____
¿Considera usted que su familia esta sin un lugar estable en donde vivir? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
(Se requerirá comprobante)		
Nombre de su compañero _____	fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo _____
Idioma principal _____	Idiomas adicionales _____	Raza/Grupo étnico _____
¿Cuántas personas hay en su familia inmediata? _____	¿Cuántas personas viven en casa? _____	

### Ingresos de la familia

<b>Adulto #1</b>	¿Cuál son los ingresos antes de impuestos? \$ _____	<input type="checkbox"/> al día	<input type="checkbox"/> a la semana	<input type="checkbox"/> al mes	<input type="checkbox"/> al año	
	¿Cuál es su <u>fuelle</u> de ingresos? (Indique los que apliquen)	Trabajo	TANF	Cal Works	SSI	Otro
<hr/>						
<b>Adulto #2</b>	¿Cuál son los ingresos antes de impuestos? \$ _____	<input type="checkbox"/> al día	<input type="checkbox"/> a la semana	<input type="checkbox"/> al mes	<input type="checkbox"/> al año	
	¿Cuál es su <u>fuelle</u> de ingresos? (Indique los que apliquen)	Trabajo	TANF	Cal Works	SSI	Otro

### Haga una lista de los hermanos de su bebe que viven con usted.

Nombre de hermanos	Sexo M/F	Fecha de nacimiento

**Otra Información que nuestro programa necesite saber...** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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 mí 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:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_