

HEAD START OF YAMHILL COUNTY
 PO BOX 1311; MCMINNVILLE, OR 97128
 503 472 2000
 Fecha de Hoy: _____

TANF (circle one):	Yes	No
Percent	_____	%
Verification Document	_____	
Score	_____	
Income verified by:	_____	

SOLICITUD DE INSCRIPCION

¿Alguna agencia lo recomendó con Head Start? No Si Nombre de la Agencia/Persona que Recomendó: _____

¿Le ayudó alguien a completar esta forma? No Si

Información del Padre

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Está embarazada? No Yes Si, es así fecha de de expectación: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicilio donde se recogerá/dejará a su hijo(a) de Head Start: _____

Propietario Renta Vive con alguien más o sin hogar

Teléfono en casa _____ Celular _____ Teléfono de mensajes _____

Hogar con ambos padres Hogar de 1 padre Hogar con ambos abuelos Hogar con 1 abuelo Adoptivo

Educación de los padres: Carece de Secundaria o GED Secundaria o GED Asiste a la escuela

grado universitario **SÍ** usted o su hijo(a) no hablan inglés ¿Cuál es su primer idioma? _____

Está usted participando en: Healthy Start Babies First CaCoon

Información del/los niños

Nombre del niño en Head Start: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño en Head Start: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Ha sido su hijo diagnosticado con alguna incapacidad? No Yes Fecha del diagnostico: _____

¿Está el niño en IFSP? No Yes ¿Algún miembro de la familia diagnosticado incapacitado? No Yes

Número de personas en la familia: _____ Edades de los niños en casa: _____

¿Usted o su hijo(a) participan en WIC? No Si ¿Está su hijo(a) en hogar temporal (Foster care)? No Si

Información de ingresos

Incluya todos los ingresos por salario, DHS, Seguro Social, Desempleo, Compensación por Lesiones, manutención etc.

ADJUNTE COPIAS DE COMPROBANTES DE INGRESOS. Copias de su reporte de impuestos (Taxes) del año pasado o copias de la forma W-2 del año pasado, o copia de sus nominas de los últimos 12 meses.

_____ TANF asistencia del DHS. Por favor mencione todos los beneficios que recibe y complete la autorización en la parte inferior de la página: _____

\$ _____ Ingresos por salario anuales, antes de impuestos

\$ _____ Ingresos anuales, antes de impuestos – De otros medios _____

Mencione los medios, eje. Manutención, Seguro Social, Desempleo, Compensación por lesiones, etc.

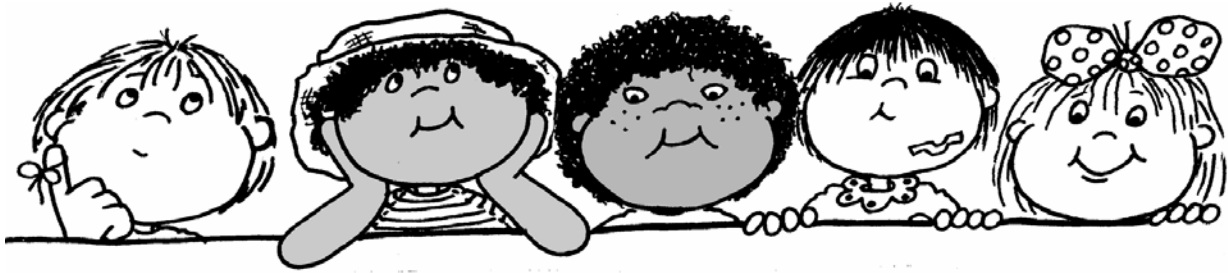
\$ _____ **Total de Ingresos Anuales antes de Impuestos**

La información arriba es verdadera y completa en lo mejor de mis facultades

Firma del padre o tutor

Fecha

AUTORIZACION PARA DHS	NOMBRE DE SU TRABAJADOR: _____	
Doy mi permiso a Head Start of Yamhill County de obtener información financiera del Departamento de Servicios Humanitarios		
_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Numero de Seguro Social	_____ Fecha



**¿Tiene un hijo(a)
quien tendrá 5 años o menos?**

¡Head Start of Yamhill County ofrece una variedad de programas para señoras embarazadas y niños de edades desde recién nacidos hasta cinco años!

¡El 10% de las plazas vacantes son para niños con incapacidades!

**¡INSCRIBALO AHORA!
¡EL NUMERO DE PLAZAS ES
LIMITADO!!**

HEAD START OF YAMHILL COUNTY

2045 SW Hwy 18, Suite 300

PO BOX 1311

MCMINNVILLE, OR 97128

¿Preguntas? Llame (503) 472-2000

Las solicitudes se aceptan todo el año

"Head Start del Condado de Yamhill es un proveedor con igualdad de oportunidad."