
HEAD START COMMUNITY PROGRAM OF MORRIS COUNTY, INC.

EARLY HEAD START RECRUITMENT FORM

DOYER CENTER (18 meses - 3 años de edad)
18 Thompson Ave.
Dover, NJ 07801
Tel. 973-989-9052 Fax: 973-328-3306

OFFICE USE ONLY:
SCREEN'G DATE: _____ / _____

CODE: _____ / _____ -# _____

POINTS: _____ / _____ SP. NEEDS: _____

HOME BASED (0 a 18 meses de edad)

STARTING DATE: _____ / _____

PREGNANT WOMEN

WITHDRAW DATE: _____ / _____

DOCUMENTOS NECESARIOS CON LA APLICACION:

SEXO: M F

REGISTRO DE VACUNAS (NINO/A)

PRUEBA DE LA EDAD DEL NIÑO (A)

(Certificado de nacimiento, Tarjeta de Cuna, Pasaporte)

PRUEBA DE INGRESOS (Talonario de Pago, Talonario de Desempleo, Forma W-2, Beneficios de Seguro Social, TANF nota de Accion con cantidad mensual)

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA SOLICITUD:

FECHA: _____

¿Cómo supo del programa "Early Head Start"? _____

Nombre persona embarazada / Niño/a: _____ Fecha de nac. / Del parto: _____

Dirección completa: _____
(número, apartamento, calle, pueblo, estado, código postal)

Tel. de la familia: _____ Idioma que se habla en el hogar: _____

Nombre de la madre/ encargada de niño/a: _____ # Tel. Cel: _____

Dirección, si diferente a la del aplicante: _____ E-mail: _____

Lugar de empleo/escuela: _____ # Tel. _____

Dirección del empleo/escuela: _____

Nombre del padre/ encargado de niño/a: _____ # Tel. Cel: _____

Dirección (si diferente a la del aplicante) _____ E-mail: _____

Lugar de empleo/escuela: _____ # Tel. _____

Dirección del empleo/escuela: _____

INFORMACION DE INGRESOS: (Señale los que se aplican):

 Empleo Beneficios por Veteranos Manutención de niños Comp. de empleo
 S.S.I. Incapacidad Asist. Pública (TANF) Seg. por desempleo

Otro: _____

No Ingresos: Necesita completar la "Forma de No Ingresos".

Ingreso bruto (antes de impuestos y otras deducciones): \$ _____ semanal / bi-semanal / mensual / anual

FAVOR DE ANOTAR LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN SU HOGAR QUE SON SOSTENIDAS POR EL INGRESO FAMILIAR (INCLUYENDO AL SOLICITANTE):**

Nombre:	Fecha de Nac:	Parentezco con niño/a:	Estudia/Trabaja
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____

¿Está su niño/a participando en algún otro programa para Niños Pequeños? No Si ¿Cuál? _____

¿Usted o su niño/a recibe: SNAP (Ayuda para alimentos) WIC

Problemas de salud: _____ Alergias: _____

Diagnóstico por alguna incapacidad: _____

Información adicional que pueda ayudar en el trabajo con usted / el-la niño/a: _____

FAVOR DE ANOTAR CUALQUIER OTRO NUMERO TELEFONICO EN QUE LE PODEMOS CONTACTAR:

Nombre: _____ #Tel: _____ ; _____

Nombre: _____ #Tel: _____ ; _____

Distorsion de la información o falsificación de documentos puede anular la elegibilidad para recibir servicios. Según mi conocimiento, toda la información provista es la correcta. Yo entiendo que el Head Start la mantendrá confidencial.

Firma / Firma de padres/encargados

Fecha

EN CASO DE CAMBIO DE INFORMACION USTED DEBE COMUNICARLO A LA OFICINA DEL HEAD START, YA QUE ALGUNOS CAMBIOS PUEDEN AFECTAR LA CALIFICACION DE SU APLICACION.

** PARA INCLUIR LA MANUTENCION DE NIÑOS COMO GASTOS, USTED NECESITA SOMETER DOCUMENTACION PARA VERIFICACION.

Received by: (Head Start staff) _____ Date: _____