

CONTACTS:

DS: _____ / _____

(Date/Initials)

CHILD ID# _____

FAM. ID# _____

HEAD START COMMUNITY PROGRAM OF MORRIS COUNTY, INC.

RECRUITMENT FORM

DOVER CENTER (MAIN OFFICE)
18 THOMPSON AVE.
DOVER, NJ 07801
973- 989-9052 Fax:973-3306

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

CODE : _____ / _____ --# _____

MORRISTOWN CENTER (SATELLITE)
540 W. HANOVER AVE.
MORRIS TWP, NJ 07950
973-889-8818 Fax: 973-889-1353

POINTS: _____ / _____ SP. NEEDS _____

STARTING DATE : _____

WITHDRAW DATE: _____

DOCUMENTOS NECESARIOS CON LA APLICACION:

HORARIOS :

REGISTRO DE VACUNAS (AL DIA)

AM 8:00 - 11:30 AM

PRUEBA DE LA EDAD DEL NIÑO (A)

PM 12:30 - 4:00 PM

(Certificado de nacimiento, Tarjeta de Cuna, Pasaporte)

FD 8:00 - 3:00 PM

PRUEBA DE INGRESOS

SEXO: ___ M ___ F

(Talonario de Pago, Talonario de Desempleo, Forma W-2, Beneficios de Seguro Social, TANF nota de Acción con cantidad mensual)

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA SOLICITUD:

FECHA: _____

¿Cómo supo del programa Head Start? _____

Nombre niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

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

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

Dirección complete de la familia: _____ E-Mail: _____

(numero, calle, pueblo, codigo postal)

Lugar de empleo: _____ # Tel. _____

Dirección del empleo: _____

Nombre del padre/padrastro/encargado: _____ # Tel. Cel: _____

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

Lugar de empleo: _____ # Tel. _____

Dirección del empleo: _____

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

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

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

NO INGRESO: Necesita completar la forma "Entrevista de No Ingreso".

VERIFIED BY: (OFFICE USE ONLY) _____

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

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

¿Usted o su niño/a recibe: Estampillas para alimentos WIC Medicaid/NJ FamilyCare: # _____ ?

Problemas de salud del niño/a: _____ Alergias: _____

Diagnóstico por alguna incapacidad: _____

Información adicional que pueda ayudar en el trabajo con su niño/a: Ejs. Timidez, no tiene amigos con quien jugar, tardo en el hablar, se orina en la ropa, etc. _____

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 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.

Received by (Head Start staff) _____ Date: _____