

Rockingham County Head Start

Solicitud de Inscripción

Solicitante						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Buena			
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# De Seguro Med.	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor	Dentista
			<input type="checkbox"/> No es Elegible			
			<input type="checkbox"/> En Medicaid			
			<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			

Adulto 1						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Buena			
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/ Padrastro/Madrasta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título Universitario/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Si es padre adolescente. ¿Es Subvencionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Tiempo Comp. & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Dirección de Email: _____						

Adulto 2						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Buena			
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/ Padrastro/Madrasta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título Universitario/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Si es padre adolescente. ¿Es Subvencionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Tiempo Comp. & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Dirección de Email: _____						

Adulto 3						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Buena			
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/ Padrastro/Madrasta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título Universitario/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Si es padre adolescente. ¿Es Subvencionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Universidad/ Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Tiempo Comp. & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial & Entrenamiento				
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Dirección de Email: _____						

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Buena			

Para ser completada por empleados de la agencia:

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información de la Familia							
Dirección donde viven		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)			Notas		
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Situación de los Padres (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si aplicable)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Ingresos de la Familia						
TANF			SSI			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (completado por agencia)			Verificado por (completado por agencia)			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, mes, año)	Cantidad Anual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Talón de Cheque)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						

Contactos de Emergencia									
Contacto 1	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Recoger al Niño(a)		
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Dirección		Ciudad		Estado		Código Postal		
Contacto 2	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3				
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo				
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Recoger al Niño(a)		
Contacto 3					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Dirección		Ciudad		Estado		Código Postal		
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1				
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Recoger al niño(a)			
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Dirección		Ciudad		Estado		Código Postal			
Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1					
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de la agencia.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Head Start del Condado de Rockingham
Forma de Residencia

El propósito de esta forma es para determinar la medida en que la familia está viviendo en una situación de vivienda fija, regular y adecuada.

Nombre del Niño/a: _____

Fija: estacionaria, permanente y no sujeta a cambios

1. ¿Este es un acuerdo permanente o temporal? Permanente Temporal
2. ¿Cuánto tiempo planea vivir con la familia/amigos? _____
3. ¿Esta buscando otro lugar para vivir? Si No
4. ¿Por qué se esta quedando en su lugar actual? _____

Regular: usada de forma regular (es decir, todas las noches)

5. ¿Permanece en el mismo lugar todas las noches? Si No
6. ¿Tiene una llave del lugar donde vive? Si No
7. ¿Se mudan mucho? Si No
8. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en su lugar actual? _____

Adecuado: suficiente para satisfacer tanto las necesidades físicas y psicológicas normalmente encontradas en los entornos del hogar

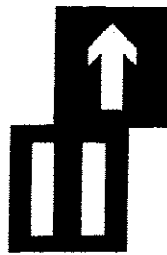
9. ¿Cuántas personas están viviendo en la casa? _____
10. ¿Cuántos dormitorios y baños tiene la casa? _____
11. ¿Cada miembro de la familia tiene su propia cama para dormir? Si No
12. ¿Estan usted y sus hijos durmiendo en un dormitorio o en algún lugar publico como la sala?
 Dormitorio Espacio Publico: _____
13. ¿La casa tiene calefacción, electricidad, agua potable? Si No

La situación de vivienda de la familia es: Fija Regular Adecuada

Firma del Personal: _____ Fecha: _____



Rockingham County
 Governmental Center
 Wentworth, NC 27375



Rockingham County
HEAD START
 591 NC HWY 65
 Reidsville, NC 27320
 (336) 349-4762
 Fax (336) 342-6634

DESCARGOS ESTÁNDARES

Yo, _____ (Padre/madre o tutor de): _____

ESTOY DE ACUERDO QUE:

Cualquier foto de mi niño/a puede ser usada en periódicos, para exhibición, en las tablas, o en otros tipos de publicaciones educativos.

Lo mejor que yo pueda cumpliré con las reglas y regulaciones del programa del Head Start.

El personal del Head Start puede hacer arreglos para visitarme en casa cuando es necesario. (Yo entiendo que las visitas a casa son requisitos y un parte de las regulaciones federales.)

Mi niño/a puede participar en todas las actividades de las que las pruebas dentales, de audición, de la vista, del lenguaje, y las exámenes físicas son dadas como parte del programa del Head Start.

El personal del Head Start puede proporcionar el transporte y el tratamiento profesional para mi niño en el caso de una emergencia medical. Si no se puede hacer contacto conmigo ni con mi médico familiar, yo autorizo que el Head Start puede elegir un médico para tratar a mi hijo/a.

Los servicios medicales y dentales que dicen los expertos medicales y dentales son necesarios para la salud de mi niño/a pueden ser arreglados por el personal del Head Start del condado de Rockingham y que reportajes o exámenes y los servicios hechos por los especialistas de salud puede ser descargos para los archivos del Head Start. Yo intentaré acompañar a mi niño/a para las citas de servicios de salud y proporcionaré el transporte cuando yo pueda.

Mi niño/a puede ser evaluado por los profesionales en el área de la salud mental, si la necesidad se presenta, y recomendado por servicios que serán arreglados por el Head Start.

La información en los archivos de mi niño/a (como el físico, el registro de vacunas, reportajes de profesionales de salud, formularios de la alimentación o salud, y información de incapacidades) serán entregada, al solicitarla, a las escuelas y/o los sistemas de salud. Yo entiendo que toda información que pertenece a mi niño/a y esta aplicación será confidencial y sólo será usada para mejorar la potencial de la educación de mi niño/a.

 Firma de padre/madre/tutor



Rockingham County
 Governmental Center
 Wentworth, NC 27375



Rockingham County
HEAD START
 591 NC HWY 65
 Reidsville, NC 27320
 (336) 349-4762
 Fax (336) 342-6634

PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo apruebo la divulgación de cualquier información que psicológica, médica, o que pertenece al habla/lenguaje de _____ que está en el fichero en la oficina de _____. Ésta información será entregada al Head Start del condado de Rockingham. Yo entiendo que ésta información va a ser confidencialmente guardada y sólo ser usado en ayudar a planear un programa apropiado por mi niño/a o entregada al administración de Seguro Social en el evento del que el tutor del niño/a quiera hacer una solicitud de SSI por el niño/a.

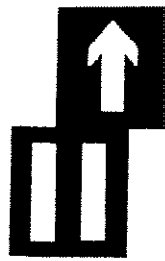
Firma _____

Parentesco _____

Fecha _____



Rockingham County
 Governmental Center
 Wentworth, NC 27375



Rockingham County
HEAD START
 591 NC HWY 65
 Reidsville, NC 27320
 (336) 349-4762
 Fax (336) 342-6634

 (nombre del niño/a)

 (centro)

Yo, _____, doy mi permiso a
 _____ a divulgar información al Head Start del
 condado de Rockingham. Ésta información sólo será usada para verificación de ingresos
 como parte del proceso de inscribir en el programa del Head Start.

Firma del Solicitante _____

Dirección _____

Testigo _____

Fecha _____

Trabajador del caso/persona de contacto _____

Beneficios o ingresos recibidos de _____ a _____

Firma del trabajador de caso/persona de contacto _____

Fecha _____