



## **GLEN COVE CHILD DAY CARE CENTER, INC. / HEAD START**

*P.O. BOX 191 Glen Cove, NY 11542 Telephone: 516-671-2880 Fax: 516-671-7401*

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE HEAD START/ GLEN COVE CHILD DAY CARE CENTER INC.**

Por favor complete esta solicitud. Toda la informacion sera usada para determinar la elegibilidad de su hijo/a en nuestro programa. Si usted necesita ayuda o si tiene alguna pregunta, por favor llamar al 516-671-2880.

Por favor entienda que nuestro programa de Head Start es basado en el necesidad de la familia. No es basado en el primero que llega es al primero que se le sirve. Los ninos con la necesidad mas alta de acuerdo con nuestra Criteria de Seleccion aprobada por la Junta de Poliza, recibiran la prioridad mas alta para la inscripcion en el programa. Si usted desea proveer informacion adicional acerca de su hijo/a que considere que nuestro personal deberia de saber, por favor escribalo en la solicitud y adjunte la documentacion necesaria para sostener alguna preocupacion .( preocupacion del doctor, desarrollo atrasado, IEP, documentos de Intervencion Temprana, etc.)

Informacion General Importante:

- 1 - Si usted se muda o cambia su numero de telefono despues de completer esta solicitud, es su responsabilidad notificar los cambios.
- 2- Usted nos debe proporcionar prueba de la fecha de nacimiento de su hijo/a ( certificado de nacimiento, certificado de bautizo, documentos de hospital.)
- 3- Para ser elegible para el Programa de Head Start usted no necesita proveer el numero de seguro social de su hijo/a.

#### **INFORMACION DE INGRESOS**

- 1- Usted debe presentar algun tipo de documentacion de ingresos para poder completar el proceso de solicitud y su hijo/a pueda ser puesto/a en la lista de espera.( Colilla de cheque, carta de empleo, W-2)
- 2- Si usted recibe Asistencia Publica Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Ingresos de seguridad Suplementario (SSI) usted automaticamente es elegible para Head Start Documentacion necesaria para probar el recibo de este tipo de ingresos debe ser presentada junto con la solicitud.
- 3- Si usted recibe otro tipo de ingresos u otro programa de asistencia (mano tension de ninos, WIC, Snap, Seccion 8, etc) por favor presentar esa documentacion adjunta a su solicitud.

Una vez usted ha completado la informacion en la solicitud y colectado la documentacion antes mencionada, por favor presentar su solicitud a la oficina principal. Usted sera contactado para dejarle saber el estado de su solicitud



# **GLEN COVE CHILD DAY CARE CENTER, INC. / HEAD START**

**P.O. BOX 191 Glen Cove, NY 11542 Telephone: 516-671-2880 Fax: 516-671-7401**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DEL NINO(A)**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_

Tiene su niño(a) seguro medico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## **CABEZA DE LA FAMILIA**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de Nac \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_ # de días trabajados \_\_\_\_\_ # de horas por día \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Direccion del trabajo \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE ESPOSA/O**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Pais de origen \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Celular# \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_ # de días trabajados \_\_\_\_\_ # de horas por día \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

**Como te enteraste de nuestro programa ?** \_\_\_\_\_

**Recibes asistencia pública/SSI?** \_\_\_\_\_

**Usted tiene alguna preocupación acerca del crecimiento de su hijo(a)?** \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE LA CASA, POR FAVOR LISTE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_