



Glen Cove Child Day Care Center, Inc

1 Carney Street Ext. PO Box 191 Glen Cove, NY 11542

Phone: (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 información será 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 la necesidad y los ingresos de la familia. No es basado en el primero que llega es el primero que se le sirve. Los niños con la necesidad más alta de acuerdo con nuestra Criteria de Seleccion aprobada por la Junta de Poliza, recibirán la prioridad más alta para la inscripción en el programa. Si usted desea proveer información adicional acerca de su hijo/a que considere que nuestro personal debería de saber, por favor escríbalo en la solicitud y adjunte la documentación necesaria para sostener alguna preocupación. (preocupación del doctor, desarrollo atrasado, IEP, documentos de Intervención Temprana,etc.)

Por favor entregar la siguiente documentacion para ayudarnos a determinar la eligibilidad de su familia y para agregar el nombre de su hijo/a en nuestra lista de espera:

Prueba de la fecha de Nacimiento del nino/a: (favor de traer UNA)

- Certificado de Nacimiento
- Pasaporte o
- Certificado de Bautizo

Family Income Information: (Por favor de traer la que aplique a su familia)

- SSI
- Carta de un Albergue
- Carta de Casa Temporal
- Asistencia Publica (TANF)
- Carta de reembolso de Casa/cuidado temporal
- Formulario de los impuestos sobre la renta 1040 (el ano anterior)
- Formulario W-2 (el ano anterior)
- Sobres de pago/ colillas de chaque (el mas reciente)
- Carta de desempleo
- Carta de trabajo (incluyendo cantidad recibida, dias y horario de trabajo)

***** Por favor tener en cuenta que El Programa de Head Start recibe Fondos Federales y verificación de empleo puede ser hecha antes del registro de su hijo/a*****

Si usted recibe otro tipo de ingresos u otro programa de asistencia (manutención de niños, WIC, SNAP, Sección 8, etc) por favor presente esa documentación adjunta a su solicitud.

Una vez usted ha completado la información en la solicitud y colectado la documentación antes mencionada, por favor presentar su solicitud a la oficina principal. Usted será contactado para dejarle saber el estado de su solicitud. Si usted se muda o cambia su número de teléfono después de completar esta solicitud, es su responsabilidad notificar los cambios.



Glen Cove Child Day Care Center, Inc

1 Carney Street Ext. PO Box 191 Glen Cove, NY 11542

Phone: (516) 671-2880 Fax: (516) 671-7401

Fecha de hoy _____

INFORMACION DEL NINO(A)

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nac. _____

Lugar de Nacimiento _____ Tiene su niño(a) seguro médico? SI _____ NO _____

CABEZA DE LA FAMILIA

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nac. _____

Correo electrónico _____ Ocupacion _____

Direccion _____

Casa # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

Nombre Del Empleador _____ # de días trabajados _____ # de horas por día _____ Salario _____

Dirección del trabajo _____

INFORMACION DE ESPOSA/O

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nac. _____

Correo electrónico _____ ocupación _____

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 desarrollo de su hijo(a)? _____

Ha sido su familia afectada por la pandemia del COVID-19? Si ese es el caso como en que le afecto?

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

Nombre _____ Fecha de Nac _____ Relación con el Nino/a _____

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Relación con el Nino/a _____