



Seattle Public Schools Head Start



Los niños deben tener cumplidos 3 o 4 años antes del 31 de agosto

1. Llene el formulario de inscripción. Utilice bolígrafo.
2. Incluya el comprobante de la Fecha de Nacimiento de su hijo: **(UNA COPIA DE UNO DE LO SIGUIENTES DOCUMENTOS)**
 - Acta de Nacimiento
 - Pasaporte
 - Tarjeta de Residencia Permanente
3. Incluya el comprobante de su domicilio: **(UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES COMPROBANTES)**
 - Factura de Servicios Públicos (agua, electricidad, gas)
 - Factura de otros servicios como: teléfono, cable de TV, etc., Contrato de Renta, documentos de DSHS (Departamento de Salud)
4. Incluya el comprobante de Ingresos de la Familia del último año o el mas reciente de los últimos 12 de meses: **(UNA COPIA DE TODOS LOS COMPROBANTES DE INGRESO DE LA FAMILIA)**
 - Formulario de impuestos sobre ingresos del último año llenado y firmado (1040, 1040A)
 - Formulario W2 del último año
 - Carta del empleador indicando el total de ingresos brutos de los últimos 12 meses
 - Carta del TANF/ Working Connections o Award/ Change Letter
 - Declaración personal de ingresos, aceptada bajo ciertas condiciones
5. Envié la aplicación por correo a: **Seattle Public Schools Head Start
Mailstop: 31-555
PO Box 34165
Seattle, WA 98124-1165**

Date Received: _____



Escuelas Públicas de Seattle
Aplicación Head Start
Mailstop: 31-555 PO Box 34165
Seattle, WA 98124-1165
(206) 252-0960



SITE: _____
AM _____ PM _____ FD _____
For Office Use Only

INFORMACION DEL NIÑO

Nombre(s) _____ Apellido(s) _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Raza: Asiático Negro Blanco Nativo Americano Isleño del Pacifico Otro: _____

Grupo Étnico: Hispano No-Hispano Lenguaje Primario del Niño: _____

Sexo del Niño: Masculino Femenino ¿Recibe WIC? Sí No SNAP (cupones de comida) Sí No

Alergias//Problemas de Salud: _____

Seguro Médico del Niño: Ayuda Médica (Apple Health) Seguro Privado No asegurado Otro _____

Clínica Médica: _____ Clínica Dental: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su niño una necesidad especial diagnosticada? Sí No Especifique: _____

Si así es, ¿fue diagnosticado por un distrito escolar? Nombre del distrito Escolar: _____

PADRE 1

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Relación con el niño: Padre Madre

Abuelo Abuela Adoptado

Otro _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono en casa: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Lenguaje Primario del Padre: _____

¿Necesita Intérprete? Sí No

¿Vive con el Niño? Si No

NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO DE LA GUARDERÍA:

EMPLEO

De tiempo completo Trabajo Parcial Sin Trabajo

Buscando Trabajo No Buscando En la Escuela

GRADO MÁS ALTO O DIPLOMA

Maestría Licenciatura Técnico

Certificado de Colegio Algo de Colegio, sin grado

Diploma GED Grado 12 Grado 11

Grado 10 Grado 9 o menor

PADRE 2

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Relación con el niño: Padre Madre

Abuelo Abuela Adoptado

Otro _____

Domicilio: (Si es diferente al otro padre)

Ciudad : _____ Estado: __ Código Postal: _____

Teléfono en casa: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Lenguaje Primario del Padre: _____

¿Necesita Intérprete? Sí No

¿Vive con el Niño? Si No

EMPLEO

De tiempo completo Trabajo Parcial Sin Trabajo

Buscando Trabajo No Buscando En la Escuela

GRADO MÁS ALTO O DIPLOMA

Maestría Licenciatura Técnico

Certificado de Colegio Algo de Colegio, sin grado

Diploma GED Grado 12 Grado 11

Grado 10 Grado 9 o menor

INFORMACIÓN DE LA CASA: Personas viviendo de este ingreso: Padre(s) ____ Niños ____ Otros adultos _____

*Certifico que la información provista en esta aplicación es correcta hasta lo mejor de mi conocimiento.

X _____
Firma del Padre o Tutor - Requerida

Fecha