

If available I would like  
classes in  a.m.  
 p.m.  full day

BRAZORIA COUNTY HEAD START PROGRAM  
PRE-ENROLLMENT APPLICATION

1ST TERM  
 2ND TERM  
 3RD TERM

Child's Age By Sept. 1<sup>st</sup>. \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ CENTER: \_\_\_\_\_

NAME OF CHILD: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_  
ETHNICITY: \_\_\_\_\_ PARENT OR GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
(CIRCLE ONE)

ADDRESS: \_\_\_\_\_  
CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS:  MARRIED  SINGLE  SEPARATED  DIVORCED  WIDOW  Other \_\_\_\_\_

EMPLOYMENT/FATHER: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_  
EMPLOYMENT/MOTHER: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_

Family Members Supported by Parent Income: (use back if needed)

Name (First Name, Last Name)	Age	Sex	Date of Birth

Total number in family \_\_\_\_\_. Attach income documentation.

Income: In the area below, mark the income of the family member or members that are legally financially responsible for the support of the child. A copy of all checked items for members that support the following documents must be submitted in order to verify family income.

Check All That Apply:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 20__ Income Tax form                 | <input type="checkbox"/> Current year payroll stub          |
| <input type="checkbox"/> Written statement from employer      | <input type="checkbox"/> Documentation of public assistance |
| <input type="checkbox"/> Military Income or Veterans Benefits | <input type="checkbox"/> Unemployment                       |
| <input type="checkbox"/> Child Support                        | <input type="checkbox"/> Foster Care                        |
| <input type="checkbox"/> Social Security                      | <input type="checkbox"/> Other (specify) _____              |

Has your child ever attended a pre-school program  Yes  No.

What else do we need to know to help you qualify for our program? \_\_\_\_\_

\*Parents/guardians, the completion of this application does not mean that your child is being enrolled in the Head Start Program. You will be contacted by mail or by telephone for the next step in the pre-enrollment process. If information is found to be falsified you may be dropped from the program.

Certification: I certify that all information on this application is true and correct. \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

Si es posible me  
 gustaría la clase en  
 a.m.  p.m.   
 clase de todo el día

BRAZORIA COUNTY HEAD START PROGRAM  
 APLICACION DE PRE-INSCRIPCION

1ER AÑO  
 2DO AÑO  
 3ER AÑO

Edad Sept. 1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ CENTRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 ÉTNICO: \_\_\_\_\_ PADRE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
 (ESCOJA UNO)

DIRRECCION: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  CASADO  SOLTERO  SEPARADO  DIVORCIADO  VIUDO(A)

Empleo/Padre: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Empleo/Madre: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Personas que viven en casa (Escriba atrás de la hoja si necesita):**

(Nombre, Apellido)

	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>

Total de personas viviendo en casa \_\_\_\_\_. Adjunte documentación de ingresos económicos.

Ingresas: Adjunte una copia del ingreso económico de las personas que viven en casa y ayudan financieramente al niño para poder verificar el ingreso económico de la familia.

Maree las:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Forma de ingresos 20__                       | <input type="checkbox"/> Talón de cheque de este año         |
| <input type="checkbox"/> Carta notarizada del patrón                  | <input type="checkbox"/> Documentación de asistencia publica |
| <input type="checkbox"/> Ingreso militar o beneficio de los veteranos | <input type="checkbox"/> Desempleo                           |
| <input type="checkbox"/> Contribución de sostenimiento del niño       | <input type="checkbox"/> Custodia adoptiva                   |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social                                | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____            |

Anteriormente su niño ha asistido a un programa pre-escolar? \_\_\_si \_\_\_no  
 Que mas podemos hacer para ayudarle a participar en nuestro programa? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Padres y guardianes:** Al llenar esta aplicación no quiere decir que su niño ha sido inscrito en el programa de Head Start. Le avisaremos por correo o por teléfono el siguiente paso en el proceso de pre-registro. Si se encuentra que la información es falsa usted podría ser despedido del programa.

**Certificación:** Yo certifico que la información es verdadera y correcta:

\_\_\_\_\_ Padre/madre/guardián