



LI Child and Family Development Services, Inc.

Application for Head Start Solicitud del Programa de Head Start

PLEASE PRINT CLEARLY / FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

DATE / FECHA	TIME / HORA	SITE APPLYING FOR / CENTRO AL CUAL ESTA APLICANDO	
LAST NAME, FIRST NAME APELLIDO, PRIMER NOMBRE		TELEPHONE # NUMERO DE TELEFONO	# OF FAMILY MEMBERS # MIEMBROS DE FAMILIA
INFORMATION OF ELIGIBLE CHILD / INFORMACION DEL NIÑO ELEGIBLE			
LAST NAME, FIRST NAME/ APELLIDO, PRIMER NOMBRE	BIRTH DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SEX/ SEXO	DISABILITY/ IMPEDIMENTO
ADDRESS/ DIRECCION	PRIMARY LANGUAGE/ IDIOMA PRIMARIO	NAME OF FAMILY MEMBERS/ NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA	
EMPLOYMENT STATUS / ESTAD DE EMPLEO		INCOME SOURCE / FORMA DE INGRESO	
F= FULL TIME/TIEMPO COMPLETO R= RETIRED/DISABLED/RETIRADO/INCAPACITADO T= TRAINING/SCHOOL/ENTRTAMIENTO/ESCUELA		U= UNEMPLOYED/DESEMPLEADO S= SEASONAL/E TEMPURADA PT= PART TIME/TIEMPO MEDIO	
State services being received (e.g. TANF, WIC, Foster Care, Section 8...) Servicios estatales que reciben (e.g. Asistencia publica, Nutricion mujeres embarazada e infantil, Cuidado adoptivo, Seccion 8...)			
INCOME LEVEL: PLEASE CHECK <input type="checkbox"/> NICEL DE INGRESO: POR FAVOR MARQUE <input type="checkbox"/>			
0 - 10,830	18,311 - 22,050	29,531 - 33,270	
10,831 - 14,570	22,051 - 25,790	33,271 - 55,600	
14,571 - 18,310	25,791 - 29,530	55,601 - _____	
We encourage and promote healthy practices that may prevent illness and injuries for children and families. In order to be considered for acceptance, your child must have the following: Nosotros promovemos buena salud, para prevenir enfermedades y heridas a los ninos y familias. Para ser considerado en ser aceptado, su nino debe tener los siguientes:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Up to date Immunizations/Vacunas al dia 2. TB (PPD) skin test (results read) or a "no risk factor statement" (Examen de Tuberculosis) 3. Physical Examination Form completed including HCT/HMG, Hearing & Vision Screening. Examen Fisico completo, el cual incluya exámenes de sangre HCT/HMG, audicion y vision. 4. May require additional information/medical forms completed if chronic disease present. Informacion adicional/formulario medico si hay alguna enfermedad cronica. 5. Dental Exam/ Examen Dental 			
LOCATION(S) DESIRED:			
I hereby certify that all of the above information is true and correct. Yo certifico que la informacion es correcta y verdadera.			
Date/Fecha _____		Parent/Guardian Signature _____ Fima del Padre/Guardian	