

# FORMULARIO de MATRICULACIÓN

¿Por cuál año?

2010-2011

2011-2012

<b>Nombre del Niño</b> (como aparece en el Acta de Nacimiento) Primer Nombre: _____ Apellido: _____	Fecha de nac. _____	<b>Raza/Etnia</b> <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Pariente de:</b> Marque todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Adulto Secundario	<b>Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Hijo(a) Natural <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) Adoptiva Otro _____	<b>Primer Lenguaje</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____	<b>Segundo Lenguaje</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____
	Sexo M F		¿Tiene el niño una discapacidad o una necesidad especial? <b>No</b> <b>Se Sospecha</b> <b>Si</b> IEP para: _____ <input type="checkbox"/> tiene IEP actual <input type="checkbox"/> IEP en proceso			
			¿Fue referido el niño al programa? <b>No</b> <b>Si</b> (Si así es, ¿por quién?) _____ ¿Por qué? _____			

## INFORMACIÓN de la FAMILIA

<b>Adulto Primario</b> <input type="checkbox"/> Padre /representante <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Apellido _____ Si es otro, especifique _____			¿Recibe su familia WIC? <b>Si</b> <b>No</b> Si así es, su número de WIC es: _____ ¿Cuándo fue su última visita a WIC? _____			<b>Mi familia:</b> <input type="checkbox"/> Duerme en diferentes lugares durante la semana o el mes. <input type="checkbox"/> vive en la casa de otra persona debido a la pérdida de nuestra casa o dificultades económicas. <input type="checkbox"/> Vive en un hotel o un parque de campamento. <input type="checkbox"/> Vive en un refugio transicional o de emergencia. <input type="checkbox"/> Está esperando poner al niño(a) en cuidado adoptivo. <input type="checkbox"/> Vive en carros, parques, áreas públicas, edificios abandonados, en estaciones de autobús o de tren, o en algún lugar parecido.		
Dirección de envío		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado			
Dirección de residencia		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado			
Número telefónico de la casa ( ) _____	Numero Telefónico del trabajo ( ) _____	Número Telefónico de Mensajes ( ) _____	Celular #1 ( ) _____	Celular #2 ( ) _____				
Primer Lenguaje Español Inglés Otra _____		Segundo Lenguaje Español Inglés Otra _____		Sexo M F	Educación	Empleo	¿Vive esta persona con la familia? <b>Si</b> <b>No</b>	¿Provee esta persona apoyo financiero para la familia? <b>Si</b> <b>No</b>

<b>Códigos para el Nivel de Educación</b> LTH= Menos de la escuela secundaria HSG/GED = Bachiller	SC = Un poco de Colegio CD = Graduado de Colegio	<b>Códigos para el Estado de Empleo</b> (apuntes todos los códigos que apliquen) F = Tiempo completo P = Medio Tiempo	T = Asiste Colegio/ Instrucción R = Jubilado/Discapacitado	U = Desempleado S = Trabaja por Temporada
---	---	---	---	--

<b>Adulto Secundario</b> <input type="checkbox"/> Padre /representante <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Apellido _____ Si es otro, especifique _____			<b>Primer Lenguaje</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____	<b>Segundo Lenguaje</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____	Sexo M F	Educación	Empleo	¿Vive esta persona con la familia? <b>Si</b> <b>No</b>	¿Provee esta persona apoyo financiero para la familia? <b>Si</b> <b>No</b>
--	--	--	---	--	-------------	-----------	--------	---	---

Ponga por escrito los nombres de todos los niños y de otros miembros de la familia que viven en la casa apoyada por el salario de los padres del niño. Todos los apuntados deben ser parientes de los padres o tutores legales por sangre, matrimonio, o adopción. Si alguno de los que están en la lista tiene sus propios ingresos, marque el cuadro en frente de su nombre.

NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO	NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO	NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

## PERMISO DEL PADRE o REPRESENTANTE

Doy permiso para que participe mi hijo en el Programa de Familia y Educación Temprana de Niñez (Head Start) de Muskegon/Oceana y para:

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
_____	_____	que mi niño reciba todas las evaluaciones de salud física, mental, dental, del desarrollo, evaluaciones educativas y pruebas que se den en el Departamento de salud y otros servicios que sean necesarios para poder participar en el programa.
_____	_____	transportar a mi niño en las excursiones de individuos o grupos, sabiendo que el programa tomará toda precaución posible para asegurar la salud y la seguridad de mi niño.
_____	_____	utilizar fotografías de mi niño en artículos de noticias de la escuela o para propósitos de publicidad.
_____	_____	intercambiar toda información que esté disponible sobre mi niño con las escuelas públicas y las agencias de la comunidad según sea necesario para poder participar en el programa incluyendo al Departamento de Servicios Humanos para verificar sus ingresos.

Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Participación en el segundo año

He revisado y he actualizado (si fue necesario) este formulario para la participación de mi niño en el segundo año del programa.

Iniciales del Padre o Representante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_