



Condado de Contra Costa

Departamento de Servicios de la Comunidad

Enviar: 40 Douglas Drive, Martinez, CA 94553 Attn. Christina
O Fax Al: (925) 313-1710, Attn. Christina



O si está terminado en sitio: Dar vuelta adentro a uno de nuestro personal

Formulario de pre-selección de solicitud para Head Start

Early Head Start y programas estatales de desarrollo infantil para niños de 0-5 años de edad

Información Primaria del Padre y/o Guardián

Nombre: _____ FdN: _____ Lenguaje Primario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Calle Ciudad Zip

Estado Actual de Trabajo:

Empleado/En Entrenamiento Nombre del Empleador/Escuela: _____

Buscando Trabajo

Incapacitado

Ingreso Bruto Mensual: \$ _____ Fuente del Ingreso: _____

Información Secundaria del Padre y/o Guardián: (Si fuera aplicable)

Nombre: _____ FdN: _____ Lenguaje Primario: _____

Dirección: _____ Numero Teléfono: _____

Estado Actual de Trabajo:

Empleado/En Entrenamiento Nombre del Empleador/Escuela: _____

Buscando Trabajo

Incapacitado

Ingreso Bruto Mensual: \$ _____ Fuente del Ingreso: _____

Información de la Familia/Hogar:

Numero de Personas en el Hogar: _____ Numero de Familiares Viviendo en la Casa: _____

Coméntenos acerca de su niño(s) que necesitan cuidado o servicios pre-escolares:

Nombre del Niño(s)	Fecha de Nacimiento	Horas que Necesita
1)		
2)		
3)		
4)		

Como se entero sobre nosotros:

Boletín Amigos Pagina Electrónica Agencia: _____

Otro: _____

Gracias por su interés en nuestro programa. Nos estaremos poniendo en contacto con usted dentro de los tres días posteriores a la recepción de su solicitud en nuestra oficina.

Solo Para Uso Oficial:

Centro de preferencia:	TANF: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caso CPS: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1 st _____	Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Necesidad Especial: _____
2 nd _____	Seguimiento Llevado a Cabo por: _____	Fecha: _____
3 rd _____	Comentarios: _____	