



¡SÍ! DIGAME MÁS ACERCA DE HEAD START

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Nombre del Niño(a): _____ FDN: _____
(Fecha de Nacimiento)

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono [Hogar]: _____ [Celular]: _____

Tamaño Familiar: _____ ¿Cómo se enteró de Head Start? _____

Fuente de Ingreso Actual (Marque todas las que aplican)

_____ FIP (Beneficios del Bienestar Público) _____ Pagos por Adopción
_____ Salario _____ SSI (Beneficios por Incapacidad)
_____ Otras (Describa) _____

¿Acerca de cuáles opciones del programa le interesa aprender más? (Marque todas las que aplican)

_____ Programa de "Head Start" [Ventaja] a medio tiempo / Año escolar
(3 a 5 años de edad)
_____ Programa de "Head Start" [Ventaja] cuidado de niños todo el año (3 a 5 años de edad)
_____ Programa de "Early Head Start" [Ventaja Temprana] cuidado de niños todo el año
(8 semanas a 3 años de edad)
_____ Programa de "Early Head Start" [Ventaja Temprana] basado en el hogar (mujeres
embarazadas a niños de 3 años de edad)

Favor de enviar a Debby Coofer, Gerente de Matrícula

Dirección electrónica: debby.coofer@ebcap.org

Dirección postal: 8 John H Chafee Blvd.
Newport, RI 02840

Facsímile: (401) 367-2009

O llame al: 1-877-367-2008 ext 206 para más información

1-877-367 2008
www.ebcap.org