

<b>I CARE, INC - HEAD START PROGRAM</b> 412 Winston Avenue Statesville, NC 28677 Telephone: 704-873-2858 Fax: 704-873-4865	<b>APLICACIÓN</b> <b>Centro:</b> G Buffalo Shoals G MooresvilleG Southeast
---	--

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Pago Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Relación al NiZo: \_\_\_\_\_ Padre biológico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Adulto responsable del hogar: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Escolaridad Máxima: \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Pago Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Relación al NiZo: \_\_\_\_\_ Madre biológico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Adulto responsable del hogar: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Escolaridad Máxima: \_\_\_\_\_

Nombre del NiZo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_:  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Necesidades Especial: \_\_\_\_\_  
 Mandado Por: \_\_\_\_\_  
 Tiene al niZo en la guardería o un programa preescolar? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No, Si ¿adónde?: \_\_\_\_\_

Mencione todos los miembros de su familiar que depende de su ingreso:		Por favor marque todos los servicios que su familia recibe:			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Estampillas de Comida		Asistencia Temporal a Familias Necesitadas	
		WIC		Seguridad de Ingreso Suplemental	
		Cuidado Infantil		Sustento de Menos	
		Medicaid		Medicare	
		Asistencia de Vivenda		Seguro Social	

Dirección de como llegar a su casa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información proporcionada en esta aplicación es correcta y apegada a la verdad hasta donde tengo conocimiento y reconozco falsificación de información puede dar como resultado ser despedido del programa.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**  
 GCertify that I have examined the following documents: G Paycheck G W2 Form G Tax Return G Written Statement from Employer GOther: \_\_\_\_\_  
 GIncome Verification G Birth Certificate G Shot Record G Medicaid G Insurance Card

Health Coverage: Medicaid # \_\_\_\_\_ Primary Coverage #: \_\_\_\_\_  
 Insurance #: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_