

HCS Head Start, Inc. Application for Enrollment

(Please complete a separate application for each child you would like to enroll)

Date: _____

Child's/Pregnant Mom's Name: _____

Date of Birth: _____ Gender: _____ Primary Language: _____

Child's Address: _____

How did you hear about HCS Head Start, Inc: _____

Does your child have a documented special need or disability? YES NO Referral/In process

Does your child have any kind of allergy, asthma or any other kind of medical condition? YES NO

What program are you interested in? (check all that apply) Part Day Full Day Home Base Migrant

Primary Parent/Guardian's Name: _____

DOB

Address: _____

Phone Number: _____ Primary Language: _____

Email Address: _____ English Proficiency None Little Moderate Proficient

Income Received in the last year (check all that apply);

TANF/SNAP SSI Wages Unemployment Child Support Other: _____

Secondary Parent/Guardian's Name: _____

DOB

Address: _____

Phone Number: _____ Primary Language: _____

Email Address: _____ English Proficiency None Little Moderate Proficient

Income Received in the last year (check all that apply);

TANF/SNAP SSI Wages Unemployment Child Support Other: _____

Other children and/or dependents in the household:

Name: _____ Name: _____
DOB DOB

Name: _____ Name: _____
DOB DOB

Name: _____ Name: _____
DOB DOB

Name: _____ Name: _____
DOB DOB

Name: _____ Name: _____
DOB DOB

Please feel free to stop by our Enrollment Department or call us at 413-417-7779 with any questions.

All forms and information requested are the property of HCS Head Start, Inc., and may not be reproduced for anything other than their intended purpose.

HCS Head Start, INC Solicitud Para Matricula

(Favor de completar una solicitud aparte para cada niño)

Fecha: _____

Nombre del niño/Nombre de la madre embarazada: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Idioma Primario: _____

Dirección del niño : _____

¿Cómo se enteró del programa de HCS Head Start, INC.? : _____

¿Tiene el niño una necesidad especial o discapacidad? SI NO En Proceso

¿Tiene el niño alergias/asma o otra enfermedad? SI NO

¿En cual programa esta interesado? Día Parcial Día Completo Basado en el Hogar Migrante

Nombre del padre/guardián primario: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ Idioma Primario: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Dominio del Inglés: Ninguno Poco Moderado Excelente

Ingresos recibidos el año pasado (marque todo lo que aplique):

TANF/SNAP SSI Empleo Desempleo Manutención de Menores Otro _____

Nombre del padre/guardián secundario: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ Idioma Primario: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Dominio del Inglés: Ninguno Poco Moderado Excelente

Ingresos recibidos el año pasado (marque todo lo que aplique):

TANF/SNAP SSI Empleo Desempleo Manutención de Menores Otro _____

Otros niños y/o dependientes en el hogar:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor siéntase libre de pasar por el Departamento de Matrícula o llámenos al 413-417-7779 con cualquier pregunta.

All forms and information requested are the property of HCS Head Start, Inc., and may not be reproduced for anything other than their intended purpose.