

CORPORACIÓN DE DESARROLLO INFANTIL DE EAST ORANGE
PO BOX 890 – EAST ORANGE, NUEVA JERSEY 07019

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN

FECHA DE RECIBIMIENTO: ____/____/____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: ____M____F

¿Estás embarazada? ____S____N En caso afirmativo, necesitamos: FECHA DE VENCIMIENTO: ____/____/____ ¿Cuántos meses tienes? ____

TUTOR: _____ Correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____ EDAD: ____M____S____D____SEP____W
(Debe ser residente de East Orange)

TELÉFONO DE CASA: (____) _____ TELÉFONO MÓVIL: (____) _____ EL MEJOR TIEMPO PARA LLAMAR: ____

NÚMERO EN LA FAMILIA: ____ ADULTOS: ____ NIÑOS: ____ Cualquier niño menor de 3 años. ____

Eres: ☐ LABORAL ☐ EN FORMACIÓN/ESCUELA ☐ TIEMPO COMPLETO ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ OTRO ____

INGRESOS BRUTOS: _____ INGRESO MENSUAL: _____
Semanal o Quincenal

¿Usted y su familia se encuentran sin hogar o están buscando un refugio? ☐ ¿Eres actualmente una madre adolescente? ☐
¿Recibe su hijo servicios de intervención temprana? ☐ ¿Es su hijo un niño de crianza? ☐

¿ESTÁ RECIBIENDO PROGRAMA PARA PADRES (PPF): ____A o ____N

¿LEES/ESCRIBES EN INGLÉS? ____ ¿QUÉ OTROS IDIOMAS HABLAS EN CASA?
FRANCÉS ☐ ESPAÑOL ☐ CRIOLLO ☐ OTRO: ____

NIVEL DE GRADO MÁS ALTO COMPLETADO: _____

¿QUIÉN SERÁ RESPONSABLE DE LLEVAR A SU HIJO A Y DE LA ESCUELA?

NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____

NOTA: TODOS LOS NIÑOS QUE SON ELEGIBLES PARA HEAD START DEBE SER TRES (3) AÑOS ANTES DEL 1 DE OCTUBRE O CUATRO (4) AÑOS ANTES DEL 1 DE OCTUBRE. TODOS LOS NIÑOS QUE CUMPLIRÁN 5 AÑOS DESPUÉS DEL 1 DE OCTUBRE SON ELEGIBLES PARA HEAD START.

SÓLO PARA USO OFICIAL

PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO#: (____) _____

(POR FAVOR MARQUE UNO) PERSONAL: ____ PADRE: ____ REPRESENTANTE COMUNITARIO: ____

COMENTARIOS: _____

