



¡¡SÍ!! COMUNÍQUESE CONMIGO PARA DECIRME MÁS SOBRE HEAD START

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

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

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Número de Teléfono [Hogar] _____ Número de Celular: _____

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

Fuente de Ingreso Actual (Marque todas las que aplican)

_____ FIP (Beneficios del Bienestar Público) _____ Pagos de Crianza Temporal
_____ Sueldo/Salario _____ SSI (Beneficios por Incapacidad)
_____ Otras (Favor de especificar) _____

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

_____ Programa de *Head Start* a medio tiempo / Año Escolar (3 a 5 años de edad)
_____ Programa de *Head Start* cuidado de niños todo el año (3 a 5 años de edad)
_____ Programa de *Early Head Start* cuidado de niños todo el año (8 semanas a 3 años de edad)
_____ Programa de *Early Head Start* basado en el hogar (mujeres embarazadas a niños de 3 años de edad)

Su firma abajo nos autoriza a comunicarnos con usted con información acerca del programa.

Firma del Padre/Madre/Guardián Fecha

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

Envíe por Facsímile a: (401) 367-2009

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

El personal de Head Start de EBCAP ayudará a las familias a comprender las opciones de transportación y a obtener acceso a transportación a través de los siguientes servicios:

- la provisión de información sobre pases de autobús de RIPTA, rutas y otros servicios.
- la asistencia individual con asuntos de transportación tales como itinerario flexible y las ubicaciones de sitios alternativos.

1-877-367 2008
www.ebcap.org