



2025-2026 TRI-CAP Head Start Preschool Pre-Solicitud Familiar

Un Representante Familiar de Head Start se comunicará con usted para completar el proceso de solicitud después de que haya entregado este formulario.

Información del Niño(a)

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Genero (circule uno): Masculino o Femenino

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Cuál es el lenguaje primario de niño(a)?

Inglés Español Otro: _____

¿Cómo usted describiría la habilidad de hablar inglés del niño(a)?

Muy Bien Bien No muy bien No en lo absoluto

¿Cuál es la raza de niño(a)?

Blanco Negro/Afro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska

AsiáticoHawaiano u otro Isleño Pacífico Otro: _____

Multirracial o Birracial- Especifique: _____

¿Cuál es la etnicidad del niño(a)? Hispano No Hispano

Información de Adulto Primario

Nombre Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Genero (circule uno): Masculino o Femenino

☐ Marque si es Padre Adolescente

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Cuál es el lenguaje primario del padre/tutor?

Inglés Español Otro: _____

¿Cómo describiría su habilidad de hablar inglés?

Muy Bien Bien No muy bien No en lo absoluto

¿Cuál es la raza de padre/tutor?

Blanco Negro/Afro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska

AsiáticoHawaiano u otro Isleño Pacífico Otro: _____

Multirracial o Bi-racial-Especifique: _____

¿Cuál es la etnicidad del padre/tutor? Hispano No Hispano

¿Cuál es la relación del padre/tutor primario al niño(a)?

Madre Guardián Legal/No es Pariente

Padre Guardián Legal/Pariente

Abuelo Foster (cuidado Temporal)

Otro: _____

Número de Teléfono- Por favor asegúrese que el número que usted proporcione sea un número activo en caso de que tengamos que contactarlos.

(____) _____ - _____ celular/casa/trabajo (____) _____ - _____ celular/casa/trabajo

¿Cuál es el correo electrónico del adulto Primario? _____

Sitio Preferido

____ Boonville

____ Petersburg

____ Jasper

____ Newburgh

¿Cómo escucho sobre TRI-CAP Head Start? _____

Información de Adulto/Otro Secundario

Nombre Adulto Secundario: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Genero (circule uno): Masculino o Femenino

☐ Marque si es Padre Adolescente

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Cuál es el lenguaje primario del adulto secundario?

Inglés Español Otro: _____

¿Cómo usted describiría la habilidad de hablar inglés del adulto secundario?

Muy Bien Bien No Muy Bien No en lo absoluto

¿Cuál es la raza del adulto secundario?

Blanco Negro/Afro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático Hawaiano u otro Isleño Pacífico Otro: _____

Multirracial o Birracial - Por favor especifique _____

¿Cuál es la etnicidad del adulto secundario?

Hispano

No Hispano

¿Cuál es la relación del adulto secundario al niño(a)?

Madre Guardián Legal/No es Pariente

Padre Guardián Legal/Pariente

Abuelo Foster (cuidado Temporal)

Otro: _____

Número de Teléfonos- Por favor asegúrese que el número que usted proporcione sea un número activo en caso de que tengamos que contactarlos.

(____) _____ - _____ celular/casa/trabajo (____) _____ - _____ celular/casa/trabajo

¿Cuál es el correo electrónico del adulto Secundario? _____

¿Está el adulto primario casado con el adulto secundario? SI NO

¿Es el adulto secundario un padre biológico o padrastro legal del niño(a)? SI NO

Si no, por favor especifique la relación al niño _____

¿Existe algún acuerdo de custodia sobre el niño? SI NO

(Si hay un acuerdo, por favor esté preparado para presentar documentación)

Un Representante Familiar de Head Start se comunicará con usted para completar el proceso de solicitud después de que haya entregado este formulario.

Al firmar abajo, yo certifico que la información proporcionada en esta aplicación es correcta y verdadera a mi entendimiento. Yo doy permiso a TRI-CAP Head Start de verificar toda/cualquier información en esta forma.

X _____ Fecha _____

Office Use Only

Date Received & Initials: _____

Date Part II Completed & Initials: _____

Date Entered into ChildPlus & Initials: _____

****Order to be paper clipped: Income Verification Form, Application Part I, Application Part II, Birth Certificate, and Income Document**

Date Verified & Initials: _____