

Lincoln Uinta Child Development Association
Head Start Enrollment Application

LOCATION: Evanston Afton Alpine Thayne Bridger Valley Kemmerer			
Child's Legal Name Last: (APELLIDO LEGAL DEL NIÑO:)		First: (NOMBRE DEL NIÑO)	
		Nickname: (SOBRE NOMBRE DEL NIÑO)	
D.O.B. (FECHA DE NACIMIENTO)	Age (EDAD)	Parent/Guardian Name: (NOMBRE DE PADRES/TUTOR)	Family Last Name: (APELLIDO DE FAMILIA)
Mailing Address: (DIRECCIÓN/CONSIGNACIÓN)		Phone : (TELEFONO – CASA)	
City: (CIUDAD)	State: (ESTADO)	Zip: (CÓDIGO POSTAL)	
Street Address/Directions to Home: (Direccion de casa / Como llegar a su Casa)			

Adults – Significant Household Members - Beginning with Head of Family						
ADULTOS: MIEMBROS SIGNIFICADO DE LA FAMILIA - COMENZAR CON PERSONA MAS RESPONSABLE POR LA FAMILIA						
Name (NOMBRE)	DOB FECHA DE NACIMIENTO	Sex SEXO	Employment Status CONDICIÓN DE EMPLEO	Occupation OCUPACIÓN	Education EDUCACION	Relationship to Family
A01						
A02						
A03						

Children - List Program Applicant First - NIÑOS – LISTO ASPIRANTE DE LA PROGRAMA PRIMERO				
Name (NOMBRE)	DOB FECHA DE NACIMIENTO	Sex SEXO	Related to A01, A02, or Both 1 & 2 RELACIÓN A LA B12,A01, A02	How Related (COMO SE RELACIONA)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

of Persons in the Home (CUANTOS VIVEN EN CASA) _____ # of persons in your Family (CUANTOS SON DE LA FAMILIA) _____
 # of Children in the Home (DEL NIÑOS) _____ # of children in your Family (FAMILIA) _____
How did you hear about Head Start? _____

I certify that the eligibility (family income, household size and age of child), information I provided is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.
 YO CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES LA VERDAD QUE (INGRESO DE FAMILIA, CUANTOS SON EN CASA Y EDAD DE CADA NIÑO). SI ALGÚN PARTE ES FALSO, MÍ PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS DE ESTA AGENCIA PUEDE SER TERMINADO Y YO PUEDO SER SUJETADO A ACCIÓN LEGAL. TAMBIEN, YO COMPRENDO QUE LAS PERSONAS DE HEAD START GUARDARÁN ÉSTA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y QUE ES ACCESIBLE A ME LAS HORAS HABLES.

Parent/Guardian Signature: (FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR) _____ Date application submitted(Fecha) _____
 Staff Signature _____ Application complete date _____