



BERKSHIRE COUNTY HEAD START CHILD DEVELOPMENT PROGRAM, INC.

1 Meadow Lane Pittsfield, MA 01201 Main office 413-499-0137 Fax 413-499-0186 berkhs.org

SOLICITUD 2023-2024

Información sobre niños y familia

Nombre completo del niño elegible:		Fecha de nacimiento del niño:		Género del niño:	
------------------------------------	--	-------------------------------	--	------------------	--

Dirección:

Haga una lista con todos los miembros del hogar						
Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	¿Contactos de emergencia? S o N	Número de teléfono	Correo electrónico

Haga una lista con todos los otro adultos autorizados					
Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	¿Contactos de emergencia? S o N	Número de teléfono

Datos del niño

Raza del niño:		¿El niño es latino o hispano?	
Fluidez en inglés del niño:	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> No muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena		
¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?:	¿Necesitará servicios de traducción?:		

¿Existen preocupaciones sobre la salud o el desarrollo del niño? En caso afirmativo, describa a continuación:



Para fines de financiamiento, marque cualquiera de los siguientes servicios que utiliza su hijo o familia:

- Hogar de acogida
- Beneficios de SNAP
- Vale de Seven Hills

- Programa de Seguridad de Ingresos Complementarios (Supplemental Security Income)
- Ayuda en efectivo
- DCF

Seguro de salud:

Médico:

Dentista:

¿Ha tenido dificultades para encontrar una vivienda segura y estable?

Finanzas del hogar

Número de adultos que contribuyen económicamente al hogar:

OBLIGATORIO: Debe adjuntar los recibos de sueldo de un mes de todos los adultos que contribuyen económicamente al hogar. Si no tiene ingresos, debe proporcionar una carta explicando cómo se mantiene a sí mismo y a su familia.

Opciones del programa

Marque la opción del programa que solicita:

Cuidado infantil

Programa basado en el hogar con financiamiento federal

Aula Head Start con financiamiento federal

Declaración familiar

Certifico que la información que se proporciona es correcta, hasta donde yo sé, y está sujeta a verificación. También estoy consciente de que puedo estar sujeto al término del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Firma _____

Fecha _____