

**FAMILY CENTERS'**  
**GREENWICH HEAD START APPLICATION**  
20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830  
(203) 629-2822

Kids Corner Head Start  
Armstrong Court, Bldg. #2  
(203) 869-2730

First Steps Head Start  
Armstrong Court, Bldg. #8  
(203) 552-0633

Child's Name: \_\_\_\_\_  
Last First MI

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Girl \_\_\_\_\_ Boy \_\_\_\_\_

Mother/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Mother Working? Yes No

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Father/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Father Working? Yes No

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(Residence) Street Town Zip

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Alt. Phone #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Number of people in your household (Please include all children)? \_\_\_\_\_

What is your approximate yearly income? \$ \_\_\_\_\_ Do you receive Assistance? \_\_\_\_\_

Child's primary language: \_\_\_\_\_

Does your child have any disabilities? \_\_\_\_\_

Why do you want to enroll your child in the Head Start Program?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| ETHNICITY                                       | RACE (CHOOSE ALL THAT APPLY)                           |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino     | <input type="checkbox"/> White                         | <input type="checkbox"/> Black or African American | <input type="checkbox"/> Asian             |
| <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific I. | <input type="checkbox"/> Native American           | <input type="checkbox"/> Two or More Races |

I give permission for the Head Start program to share basic information regarding my childcare needs with the School Readiness Council. \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Please return to: Family Centers Greenwich Head Start, 20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830 or Armstrong Court.  
Any questions call: Pati Guza, Admissions Coordinator, 629-2822 ext. 3135 or Megan Sweeney, Director, 629-2822

Date Rcvd \_\_\_\_\_  
Send Y/N Date \_\_\_\_\_

**FAMILY CENTERS'**  
**FORMULARIO PARA EL PROGRAMA**  
**GREENWICH HEAD START**  
**20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830**

Kids Corner Head Start  
 Armstrong Court, Bldg. #2  
 (203) 869-2730

First Steps Head Start  
 Armstrong Court, Bldg. #8  
 (203) 552-0633

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial Seg. nombre Niña \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/Guardian: \_\_\_\_\_ La mamá trabaja: Si No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/Guardian: \_\_\_\_\_ El papa trabaja: Si No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Código postal

No. de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Alt. No de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de personas en la familia (Por favor incluir todos los niños) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso anual aproximado? \$ \_\_\_\_\_ ¿Uds. reciben algún tipo de ayuda? \_\_\_\_\_

Primer idioma del niño: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño alguna discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Por qué quiere matricular a su niño en el programa Head Start?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>ORIGEN</b>   | <b>RAZA (ESCOGA TODAS LAS QUE SE APLICAN)</b>  |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Hawaiano o de las Islas del Pacífico. <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Dos o mas razas |

Yo autorizo al programa Head Start compartir información básica de mis requerimientos para el cuidado de mi niño con el Junta de School Readiness. \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Por favor retornar a: Family Centers Greenwich Head Start, 20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830 o Armstrong Ct.  
 Para mas información llamar: Pati Guza, Admissions Coordinator, 629-2822 ext. 3135

Date Rcvd \_\_\_\_\_  
 Send Y/N Date \_\_\_\_\_