

EICAP Head Start Solicitud pequeña

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ()femenino () masculino

Dirección de la casa: _____

Número de Teléfono: _____

Información de Padres o tutores:

Número de personas en la familia: ____

Ingresos Anuales: \$ _____

Por favor marque si recibe alguno de los siguientes servicios:

- () TANF () SSI
() Lugar para personas sin hogar
() Incapacidad Identificada
() Incapacidad Sospechada

Favor de regresar esta solicitud a:

**EICAP Head Start
P. O Box 51098
Idaho Falls, Idaho
83405**

Teléfono: : 208-522--5370 ex. 1067

Fax: 208-542-1453

E-mail: hsinfo@eicap.org

Website: www.eicap.org