

BCMW Head Start

2025 Formato de Preinscripción

Oficina Principal:

909 East Rexford
Centralia, IL 62801
(618) 532-4890 x144

Oficina del condado de Franklin:

510 Joplin
Benton, IL 62812
(618) 435-6555



Para uso de personal

1 Cita, fecha/hora:

2 Cita, fecha/hora:

Fecha de hoy: _____

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono #1: _____ De casa Celular Teléfono #2: _____ De casa Celular

¿Dirección de correo electrónico? _____

¿Recibe SNAP/TANF? Sí No ¿Es usted una familia actual o anterior de Head Start? Sí No

¿Fue usted referido a nosotros? Sí No En caso afirmativo, ¿por quién? _____

¿Cómo se completó este formulario de Preinscripción? En línea En persona Teléfono

¿Tiene el niño algún problema de salud o desarrollo? Sí No

¿Mejor día y hora para contactarte? L M M J V 8:00am-12:00pm 12:00pm-4:00pm en cualquier momento

¿A quién Podemos contactar, si no nos Podemos comunicar con usted?

Nombre del contacto: _____ teléfono: _____

GUIA DE INGRESOS FAMILIARES 2024

<u>No. de Personas en la Familia</u>	<u>100% del Ingreso Mensual</u>	<u>100% del Ingreso Anual</u>	<u>130% del Ingreso Mensual</u>	<u>130% del Ingreso Anual</u>
2	1,763	21,150	2,291	27,495
3	2,221	26,650	2,887	34,645
4	2,679	32,150	3,483	41,795
5	3,138	37,650	4,079	48,945
6	3,596	43,150	4,675	56,095
7	4,054	48,650	5,270	63,245
8	4,513	54,150	5,866	70,395
**Adicional por persona	448	5,380	583	6,994

Firma del Padre or Tutor: _____ Firma del Personal: _____

Notas: _____

