

BCMw Head Start

2026 Formato de Preinscripción

Oficina Principal:

909 East Rexford

Centralia, IL 62801

(618) 532-4890 x1108

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: _____ De casa Celular Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

¿Dirección de correo electrónico? _____

¿Recibe SNAP/TANF/SSI? ☐ 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 2026

<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	1,803	21,640	2,344	28,132
3	2,277	27,320	2,960	35,516
4	2,750	33,000	3,575	42,900
5	3,223	38,680	4,190	50,284
6	3,697	44,360	4,806	57,668
7	4,170	50,040	5,421	65,052
8	4,643	55,720	6,036	72,436
**Adicional por persona	473	5,680	615	7,384

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

Notas:

Registro de Llamadas



Nombre del niño _____

[illegible]