



# Escolas Públicas de Seattle – Head Start

Crianças devem ter feito 3 ou 4 anos até 31 de agosto



1. Complete a Formulário de aplicação digitando suas respostas ou usando caneta esferográfica.
2. Anexe prova de nascimento de seu filho (CÓPIA DE UM DESTES):
  - Certidão de nascimento
  - Passaporte
  - Cartão de Residente Permanente (green card)
3. Anexe comprovante de endereço (CÓPIA DE UM DESTES):
  - Conta de serviços públicos/conta de luz municipal
  - Outra conta: TV a cabo, telefone, etc., acordo de aluguel, documentos DSHS
4. Anexe prova de sua renda do último ano ou dos 12 meses mais recentes (CÓPIA DE TODAS AS DECLARAÇÕES QUE MOSTRAM A RENDA FAMILIAR TOTAL):
  - Formulário de Imposto de Renda do ano passado completo e assinado (1040, 1040A)
  - Formulário W2 do ano passado
  - Carta do empregador afirmando total bruto ganhos nos últimos 12 meses
  - Carta de concessão/alteração para benefícios alimentares SNAP, TANF ou Working Connections
  - Documento comprovando assistência social, situação sem-abrigo, Supplemental Security Income (SSI)
  - Autodeclaração é aceitável em certas condições
  - Recibos de auxílio desemprego (3 meses) ou recibos de pagamento de trabalho (3 meses)
5. Anexe uma cópia da documentação médica do seu filho, se você tiver:
  - Exame físico feito por médico
  - Exame de dentes feito por dentista
  - Certificado de imunização (CIS) ou certificado de isenção de imunização (COE)
6. Entre em contato com um funcionário de matrícula para fazer uma entrevista:
  - **James Baldwin, Olympic Hills, Viewlands** - Angela 206-305-1453
  - **Broadview-Thomson, John Muir, MLK** - Apryle 206-640-7184
  - **Emerson, Kimball, Lowell, Wing Luke** - Monica 206-430-2042
  - **Concord, Roxhill, West Seattle** - Lyall 206-531-576

Ou mande aplicação por correio para: **Seattle Public Schools Head Start**  
**Mailstop: 31-555**  
**PO Box 34165**  
**Seattle, WA 98124-1165**



FOR OFFICE USE  
Date Received:



Escolas Públicas de Seattle  
Inscrição Head Start  
Correio: 31-555 PO box 34165  
Seattle, WA 98124-1165  
(206) 252-0960



FOR OFFICE USE

Site: \_\_\_\_\_  
 PART DAY  FULL DAY

### INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

Nome/ Nome do meio: \_\_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Raça:  Asiático  Negro  Multirracial  Nativo Americano  Ilhas do Pacífico  Branco  Outro \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispânica  Não-hispânica Língua primária da criança: \_\_\_\_\_

Sexo da criança:  Masculino  Feminino Alergias/Preocupações de saúde: \_\_\_\_\_

Seguro de saúde infantil:  Medicaid (Apple Health)  Seguro privado  Sem seguro  Outros: \_\_\_\_\_

Clínica médica: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Clinica odontológica: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Seu filho tem alguma necessidade especial diagnosticada?  Sim  Não Especifique: \_\_\_\_\_

Se sim, seu filho foi diagnosticado por um distrito escolar? Nome do distrito escolar: \_\_\_\_\_

**CRECHE/CUIDADO DA CRIANÇA** Nome, número de telefone: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA:** Número de pessoas sustentadas pela renda: Pais \_\_\_\_\_ Filhos \_\_\_\_\_ Outros Adultos \_\_\_\_\_

Recebendo WIC?  Sim  Não Recebendo SNAP (vale-refeição)?  Sim  Não

#### RESPONSÁVEL 1

Nome/ Nome do meio: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_

Relacionamento com a criança:  Pai  Mãe  Pai/mãe  
adotivo  Avô  Avó  Outro \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP code: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefone de Trabalho : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço de email: \_\_\_\_\_

Idioma principal dos pais: \_\_\_\_\_

Precisa de intérprete?  Sim  Não

Mora com Criança?  Sim  Não

#### EMPREGO

Trabalhando em tempo integral  Trabalhando meio  
período  Desempregado  Procurando trabalho  Não  
procurando trabalho  Estudante

#### GRAU DE ESCOLARIDADE

Mestrado  Bacharelado  Associado  
 Certificado universitário  Alguma faculdade, sem diploma  
 Diploma  GED  Ensino médio completo  Ensino médio  
incompleto  Ensino fundamental completo  Ensino  
fundamental incompleto

#### RESPONSÁVEL 1

Nome/ Nome do meio: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_

Relacionamento com a criança:  Pai  Mãe  Pai/mãe  
adotivo  Avô  Avó  Outro \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP code: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefone de Trabalho : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço de email: \_\_\_\_\_

Idioma principal dos pais: \_\_\_\_\_

Precisa de intérprete?  Sim  Não

Mora com Criança?  Sim  Não

#### EMPREGO

Trabalhando em tempo integral  Trabalhando meio  
período  Desempregado  Procurando trabalho  Não  
procurando trabalho  Estudante

#### GRAU DE ESCOLARIDADE

Mestrado  Bacharelado  Associado  
 Certificado universitário  Alguma faculdade, sem diploma  
 Diploma  GED  Ensino médio completo  Ensino médio  
incompleto  Ensino fundamental completo  Ensino  
fundamental incompleto

\*Certifico que as informações fornecidas nesta inscrição são corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Data

Revised 2/2022 – Translated 6/2024  
Portuguese Application