



GOBIERNO MUNICIPAL DE BAYAMON
PROGRAMA HEAD START / PROGRAMA EARLY HEAD START
REGION BAYAMON – COMERIO – NARANJITO
UNIDAD ERSEA



AÑO PROGRAMA 20____ AL 20____

ID# _____

PRE-SOLICITUD PARA EMBARAZADA

Nombre Embarazada _____ SS# ____/____/____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Teléfono ____/____/____
Mes Día Año

Dirección Residencia _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Dirección Postal _____
Calle Ciudad Estado Zip Code

Tipo de Embarazada Adulta Adolescente Empleada Desempleada Estudiante

Fecha de parto ____/____/____
Mes Día Año

Nombre del Proveedor del Cuidado Prenatal _____

Fecha de primera visita ____/____/____ Plan médico __ Privado __ Gobierno # _____
Mes Día Año

Tiempo de embarazo Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre

Escolaridad de la Embarazada:

- Escuela Intermedia Universitaria Último grado alcanzado _____
 Escuela Superior Graduada

Tipo de Familia:

- Casada con cónyuge con pareja
 Soltera Adolescente embarazada bajo tutela de adulto

Ayudas que recibe la familia: __PAN, __ TANF __ Vivienda pública __ Vivienda Subsidiada,
__ WIC, __Subvención (Foster family). __Plan de Salud. __ Subsidio Energía __ Pensión alimentaria.

Tipo de vivienda; __ Propia __ Rentada __ Vive con familiar. Tiempo en el hogar _____.

Firma Oficial de Reclutamiento _____

Fecha _____

CERTIFICACIÓN

Yo _____ certifico que toda la información suministrada es verdad. Si alguna parte de la información es falsa, mi participación en el Programa se verá afectada o se tomará acción legal sobre la situación. Entiendo que la información suministrada en esta aplicación será salvaguardada por la Agencia en estricta confidencialidad y estará accesible para mí en las horas normales de servicio.

Nombre Solicitante o Encargado en letra de Molde _____

Firma _____

Fecha _____

