**AUTORIZACIÓN VISITA A COLATERALES PARA VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN**

|  |
| --- |
|  |
| **Fecha:** | Click here to enter a date. |  |
|  |
| Yo: |        | madre, padre o encargado; |
|  |  |  |
| del niño[a]: |       | candidato a participar del  |
| Programa Head Start y Early Head Start, autorizo al personal del programa a visitar el área donde resido. Con el propósito de corroborar con terceros la información suministrada por mi persona, en referencia a la elegibilidad de mi familiar para los servicios del Programa Head Start y Early Head Start. |
|  |
|  |
| Certifico Correcto; |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| **Firma de la madre, padre o encargado**  |  | **Oficial de Reclutamiento** |