**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** |