



CIUDAD DE BAYAMÓN  
PROGRAMA HEAD START & EARLY HEAD START  
REGIÓN: BAYAMÓN • NARANJITO • COMERÍO



GERENCIA DE E.R.S.E.A.

AUTORIZACIÓN VISITA A COLATERALES PARA VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

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