



Preschool Services Department Administration

Arlene Molina
Director

SOLICITUD DE REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD Para Programa del Año _____

Información de Contacto

Nombre (Primer Nombre y Apellido): _____

Dirección de Hogar: _____

Dirección para recibir correo (si es diferente): _____

Teléfono del Hogar y Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico (Email): _____

Tipo de Solicitud (por favor marque uno)

Padre antiguo de Head Start

Miembro Privado de la Comunidad

Organización Cívica o Profesional

Nombre de la Organización: _____

Otro (por favor describa): _____

¿Si es un padre antiguo de Head Start, ha servido en el Consejo de Política? (Por favor indique cuando, donde, y el número total de años que usted sirvió.):

Preguntas Suplementales

1. Por favor describa su nivel anterior y/o actual de participación en los servicios de apoyo para edades desde el nacimiento hasta los cinco años. Incluya cuándo (mes/año) y dónde:

BOARD OF SUPERVISORS

COL. PAUL COOK (RET.)
First District

JESSE ARMENDAREZ
Second District

DAWN ROWE
Chairman, Third District

CURT HAGMAN
Fourth District

JOE BACA, JR
Vice Chair, Fifth District

Luther Snoke
Chief Executive Officer

2. ¿Cómo intenta traer recursos locales al Consejo de Política que benefician a las familias inscritas?

3. ¿Cómo compartirá los esfuerzos de Head Start dentro de su comunidad?

Letra de Molde

Firma

Fecha

Gracias por entregar su aplicación de representante de la comunidad. Aquellos que sean seleccionados para participar en el Consejo de Política serán notificados tan pronto como se tome una decisión.

SUBJECT
DATE
PAGE 3 of 3