

Nombre de la persona y agencia que está refiriendo a la familia: _____

Teléfono: _____ Email: _____ Fecha: _____

Los padres e hijos asistirán juntos al programa.

¿Qué necesidades cubre el programa de Listo para esta familia? _____

Nombre de la madre: _____ Último año de escuela o
último grado completado _____

Nombre del Padre: _____ Último año de escuela o
último grado completado _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Hay un niño de 5 años o menor en el hogar? SI ☐ NO ☐

Por favor apunte la información sobre los niños menores de 15 años en el hogar.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE LA ESCUELA, CENTRO DE HEAD START Y GRADO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Mail or Fax to: Listo Attn: Eunices Ayala-Velasco
Fax: 541-734-2279

Email: eyalavelasco@socfc.org
Address: 1001 Beall Ln. Central Point, OR 97502

Para asistencia con este formulario, llame al 541-734-5150 ext. 1070

Name of person and agency referring family: _____

Telephone: _____ Email: _____ Date: _____

PARENT AND CHILDREN ATTEND TOGETHER

What needs will Listo meet for this family? _____

Mother's Name: _____ Number of years in school
or last grade completed _____

Father's Name: _____ Number of years in school
or last grade completed _____

Address: _____

Telephone: _____ Email: _____

Is there a child age 5 or younger in the home? YES ☐ NO ☐

Please provide below child information (15 yrs. old and younger).

NAME	DATE OF BIRTH	NAME OF SCHOOL/ GRADE OR HEAD START CENTER
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Mail or Fax to: Listo Attn: Eunices Ayala-Velasco
Fax: 541-734-2279

Email: eyayalavelasco@socfc.org
Address: 1001 Beall Ln. Central Point, OR 97502