



**Preschool Services Department
Administration**

Phalos Haire
Director

**APLICACION PARA REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD
Para Año del Programa 2020-2021**

Información de Contacto

Nombre (Primer Nombre y Apellido): _____

Dirección de Hogar: Dirección Postal (si es diferente): _____

Teléfono del Hogar y Celular.: _____

Dirección de Correo Electrónico (Email): _____

Tipo de Aplicación (por favor marque uno)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padre anterior de Head Start | <input type="checkbox"/> Miembro de la Comunidad Privada |
| <input type="checkbox"/> Organización Cívica o Profesional | Nombre de la Organización: _____ |

Otro (por favor describa): _____

¿Si es un padre anterior 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 de involucración en la comunidad actual/o anterior. Incluya cuando (mes/año) y donde:

BOARD OF SUPERVISORS

ROBERT A. LOVINGOOD
First District

JANICE RUTHERFORD
Second District

DAWN ROWE
Third District

CURT HAGMAN
Chairman, Fourth District

JOSIE GONZALES
Vice Chair, Fifth District

Gary McBride
Chief Executive Officer

2. ¿Cómo intenta traer recursos locales al Consejo de Política?

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 del 2020-2021 serán notificados tan pronto como se tome una decisión.

BOARD OF SUPERVISORS

ROBERT A. LOVINGOOD
First District

JANICE RUTHERFORD
Second District

DAWN ROWE
Third District

CURT HAGMAN
Chairman, Fourth District

JOSIE GONZALES
Vice Chair, Fifth District

Gary McBride
Chief Executive Officer