

**HEAD START
INFANT/TODDLER
PROGRAM EXTENSION**

I, _____, formally request that my child, _____,
continue to receive child care services past 24 months of age in Head Start's Infant and/or
Toddler program due to his/her developmental needs, as allowed in Title 22, subchapter 2,
Article 1, (101361 {a}) Limitations on Capacity and Ambulatory Status. My child's
developmental needs are indicated below. I would like my child to remain in this infant/toddler
program until such time that his/her needs can be met in a preschool program or until he/she
reaches the maximum age of 36 months.

Developmental Needs:

- Cognitive: _____
- Social Emotional: _____
- Physical Motor: _____
- Language: _____

Parent/Guardian Signature

Date _____

Staff Signature

Date _____

**EXTENSIÓN DE PROGRAMA
INFANTIL Y NIÑOS PEQUEÑOS
DE HEAD START**

Yo, _____, formalmente solicito que mi hijo(a), _____, continúe recibiendo servicios de cuidado de niño pasando la edad de 24 meses en el programa Head Start Infantil y para niños pequeños. Debido a sus necesidades de su desarrollo en las siguientes áreas como es permitido en el documento del Título numero 22, Capítulo 2, Artículo 1, (101361 {a}) Estado de Limitaciones de Capacidades y Ambulatorias. Las necesidades para el desarrollo de mi niño son indicadas así abajo. Yo quisiera que mi hijo(a) permaneciera en el programa infantil y niños pequeños el tiempo necesario hasta que sus necesidades se cumplan en un programa preescolar o hasta que llegue a una edad máxima de 36 meses.

Necesidad de Desarrollo:

- Cognoscitivo: _____
- Social/Emocional: _____
- Fisico/Motriz: _____
- Lenguaje: _____

Firma del Padre/Guardian Fecha _____

Firma del Personal Fecha _____