

Declaración de Intento de Trabajar en Agricultura ***Declaration of Intent to Work in Agriculture***

El Programa Head Start Migrante y de Temporada define a familias elegibles como aquellas trabajando en agricultura y cuyos ingresos de la familia provienen primariamente de esta actividad. 45 CFR Part 1305.2(m)
Empleo en agricultura se debe de conseguir antes del lapso de **45 días corridos** para poder cumplir con las normas de la **Oficina de Head Start** de servir niños en los programas Head Start Migrante y de Temporada.

*The Migrant and Seasonal Head Start program defines eligible families as those engaged in agricultural work and whose family income comes primarily from this activity. 45 CFR Part 1305.2(m)
Agriculture employment must be secured within **45 calendar days** in order to comply with the standards of the **Office of Head Start** of serving children in Migrant and Seasonal Head Start programs.*

Favor de marcar todo lo aplicable a su situación / Please check all that apply:

- ☐ Al presente, estoy trabajando en agricultura. / *Currently working in agriculture.*
- ☐ Buscando nuevo trabajo en agricultura. / *Seeking new employment in agriculture.*
- ☐ Buscando trabajo con el empleador anterior. / *Seeking work with previous employer.*

Favor de notificar _____ tan pronto como comience un trabajo relacionado con agricultura. (Nombre del personal/número de teléfono, nombre de la agencia)

*Please notify _____ as soon as agriculture related employment begins.
(Staff member's name, phone number, agency name)*

Yo comprendo que si no encuentro trabajo relacionado con la agricultura dentro de **45 días corridos** desde el primer día de la matricula del niño/a, los servicios serán terminados y el personal hará todo el esfuerzo para hacer una transición de mi familia a un programa alternante de cuidado de niños como, sea apropiado. Fecha dentro que se requiere trabajo agrícola _____.

*I understand if employment is not gained in agriculture work within **45 calendar days** from the child's first day of enrollment services will be terminated, and staff will make every effort to transition my family to an alternative childcare program, as appropriate. Date agricultural employment required _____.*

Firma de Padre / Parent Signature

Fecha/Date

Firma de Personal / Staff Signature

Fecha/Date

Distribution: White – Child's File Yellow – Delegate/DO Office

Mandatory
Revised 1/12
CF/R-21