



Shasta Head Start

CHILD DEVELOPMENT, INC.

375 Lake Blvd. Ste. #100
Redding, CA 96003
(530) 241-1036; Fax (530) 241-2703

Authorized Representative for Enrollment and/or Local Appeal Hearing Representante Autorizado para la Audiencia de Apelación Local

Please use blue or black ink only. / Por favor usar solamente tinta azul o negra.

_____, 20____
Date/Fecha

Shasta Head Start Child Development, Inc.

Name of Agency/ Nombre de la Agencia

Agency Authorized Representative Name/ Nombre del Representante Autorizado de la Agencia

375 Lake Blvd., Suite 200 Redding, CA 96003

Agency Address/ Dirección de la Agencia

(530) 241-1036

Agency Phone Number/ Número de Teléf. de la Agencia

(530) 241-2703

Agency Fax Number/ Número del Fax de la Agencia

I/Yo, _____
(Parent Name/Nombre del Padre)

(Address/Dirección) (City, State, and Zip/ Ciudad, Estado, Código de Área) (Phone Number/ Número de Teléfono)

am requesting that/ Estoy solicitando a

(Representative Name/ Nombre del Representante)

(Address/Dirección) (City, State, and Zip/ Ciudad, Estado, Código de Área) (Phone Number/ Número de Teléfono)

act on my behalf during my enrollment/recertification process and/or my local appeal hearing for my subsidized childcare.

I hereby authorize your agency to release all information relating to my enrollment/recertification and/or appeal to the authorized representative listed above.

Actuar en mi nombre en la audiencia local de apelación para mi cuidado infantil subsidiado.

Por la presente autorizo a su agencia para que comparta alguna o toda la información relacionada a esta apelación al representante autorizado que aparece arriba.

Parent Signature / Firma del Padre