



Para registrar a su hijo/a en SUU Head Start, por favor complete la aplicación adjunta y regréssela con una copia de los documentos de la lista de abajo. Entréguela al Head Start más cercano a usted. **Todas las solicitudes deben ser recibidas en persona.** Solicitudes por fax o por correo electrónico no se aceptarán salvo en casos especiales. Por favor, consulte la página 2 para obtener una lista de los centros y números de teléfono. Si no puede regresar su solicitud en persona, o si estas entregándolo durante los meses de verano en los pueblos de Beaver, Delta, Fillmore, o Parowan, por favor llame al 1-800-796-6070 para obtener instrucciones sobre cómo devolver su aplicación

**Si no proporciona todos los documentos de la lista, su aplicación será considerada incompleta y su hijo/a no será considerado para matriculación.**

**Certificado de nacimiento o Carta de DCFS**

**Verificación de Ingresos**

Uno de los siguientes. Lo que mejor refleja los ingresos corrientes.

- 1040 forma de impuestos
- W2s y 1099s
- Talones de cheques por 12 meses
- Carta del empleador indicando los ingresos mensuales, firmado y fechado por el empleador
- Forma DWS 630

**Registro de vacunas -** debe tener las siguientes vacunas

4 HIB	4 DTaP	3 Polio	1 MMR	3 HEP B	2 HEP A	1 Varicela o verificación de varicela	3 PCV-13
-------	--------	---------	-------	---------	---------	---	----------

➤ *Los siguientes documentos también son necesarios si su familia los están recibiendo.*

- Desempleo
- Pensión
- Becas
- Beneficios de seguro social
- FEP (Programa de Empleo Familiar) - también conocido como TANF
- Otros tipos de ingresos

La elegibilidad para Head Start se basa en ingresos, edad, necesidades del niño/a y necesidades de la familia. Su hijo/a debe de tener por lo menos 3 años cumplidos antes del 1 de septiembre para calificar para el año escolar (que empieza en agosto). La mayoría de las familias de Head Start deben de estar dentro de las pautas federales de pobreza.

Los clases de Head Start se reúnen para un año escolar regular (de agosto a mayo), de lunes a jueves, cuatro (4) horas del día. Los niños reciben comidas y todos suministros educativos mientras en la clase . No hay costos para el programa de Head Start, pero se fomenta la participación de los padres en la educación de sus hijos porque se ha demostrado para ayudar a los niños a tener éxito.

Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte. Si usted tiene preguntas, llame por favor al 435-586-6070 o sin costo al 1-800-796-6070. ¡Esperamos poder servirle a su niño y su familia!

## Preguntas más frecuentes

### **1. ¿Cómo puedo saber si soy elegible para Head Start?**

Para ser elegible, los ingresos de la familia no debería exceder las cantidades de la guía federal de ingresos (se muestra a continuación). Se pueden hacer excepciones para los niños con discapacidades.

### **2. ¿Qué pasa si hago más que las cantidades que se muestran en la guía de ingresos ?**

Todavía podemos llevar a su aplicación y todavía podemos considerar a su hijo/a para la inscripción. Sin embargo, tenemos que inscribir a las familias que reciben menos que las cantidades en la guía antes de inscribir a las familias que reciben más. Head Start no ofrece una opción de pago.

### **3. ¿Cuándo sabré si mi niño fue inscrito?**

En general , las familias sabrán si han sido inscritos por el medio de julio o tres semanas después de que su solicitud ha sido recibida si aplicaron después de julio.

### **4. ¿Cuándo debo entregar mi solicitud?**

Inmediatamente! No espere hasta julio o agosto para entregar su solicitud . La mayoría de los espacios ya no serán disponibles y su hijo/a puede ser puesto una lista de espera.

### **5. ¿Qué pasa si mi hijo no sabe cómo usar el inodoro?**

Saber a utilizar el inodoro no es un requisito para la inscripción de Head Start . Sin embargo, los padres se les piden que ayuden a sus hijos cambiarse de ropa si él/ella tiene un accidente. Para obtener consejos sobre cómo entrenar a su hijo/a a usar el baño, por favor llame al 435-586-6070 para un folleto.

## Centros de Head Start

### **Oficina central**

2390 W Hwy 56 Ste 1

Cedar City, UT 84720

(435) 586-6070

Sin costo: 1-800-796-6070

Fax: (435) 586-5232

[www.suu.edu/headstart](http://www.suu.edu/headstart)

### **Beaver**

510 N 560 E

Beaver, UT 84713

(435) 438-2281 x5121

### **Fillmore**

555 W. 400 S.

Fillmore, UT 84631

(435) 743-6339

### **Cedar City**

2390 W. Hwy 56 #1

Cedar City, UT 84720

(435) 585-6070

### **Hurricane Valley**

706 N. 195 W.

La Verkin, UT 84745

(435) 635-5603

### **Delta**

50 N 100 E

Delta, UT 84624

1-800-796-6070

### **Parowan**

55 S. 300 E.

Parowan, UT 84761

(435) 477-1715

### **Enoch**

4783 Wagonwheel Dr.

Enoch, UT 84721

(435) 865-6959

### **St. George**

494 E. 900 S.

St. George, UT 84790

(435) 628-5641

## **2015-16 Guia de Ingresos (antes de impuestos)**

Número de personas en la familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$ 11,770.00	\$ 980.83	\$ 226.35
2	\$ 15,930.00	\$ 1,327.50	\$ 306.35
3	\$ 20,090.00	\$ 1,674.17	\$ 386.35
4	\$ 24,250.00	\$ 2,020.83	\$ 466.35
5	\$ 28,410.00	\$ 2,367.50	\$ 546.35
6	\$ 32,570.00	\$ 2,714.17	\$ 626.35
7	\$ 36,730.00	\$ 3,060.83	\$ 706.35
8	\$ 40,890.00	\$ 3,407.50	\$ 786.35

\*Agregue \$4,160 para cada persona más que 8



**1. Nombre del Adulto Encargado:**

Primer Nombre	2ndo nombre	Apellido		
<b>2. Correo electrónico:</b>	<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> / / MES DIA AÑO	<b>4. ¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>5. Género:</b> M F	<b>6. ¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
<b>7. Teléfono de Casa:</b>		<b>8. Teléfono de Trabajo:</b>		<b>9. Teléfono Celular:</b>

**10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle	P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	----------	--------	--------	---------------

<b>11. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>12. Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>13. Idioma que se habla en casa:</b> Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	<b>14. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>15. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
---	--	---

**16. Ocupación Actual**

Primer Día: _____	<b>17. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>□ Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal	<b>□ Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo
<b>□ Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago	<b>□ Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad
<b>18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO</b>	
<b>18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO</b>	
<b>19. Estatus militar</b> ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO	

**DATOS DEMOGRAFICOS DEL ADULTO SECUNDARIA**

Primer Nombre	2ndo nombre	Apellido
---------------	-------------	----------

<b>2. Correo electrónico:</b>	<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> / / MES DIA AÑO	<b>4. ¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>5. Género:</b> M F	<b>6. ¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
<b>7. Teléfono de Casa:</b>		<b>8. Teléfono de Trabajo:</b>		<b>9. Teléfono Celular:</b>

**10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle	P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	----------	--------	--------	---------------

<b>11. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>12. Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>13. Idioma que se habla en casa:</b> Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	<b>14. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>15. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
---	--	---

**16. Ocupación Actual**

Primer Día: _____	<b>17. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>□ Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal	<b>□ Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo
<b>□ Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago	<b>□ Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad
<b>18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO</b>	
<b>18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO</b>	
<b>19. Estatus militar</b> ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO	

**1. Tipo de Vivienda (marque sólo uno)**

- Apartamento       Casa  
 Refugio comunitario       Vivienda para migrantes  
 Sin hogar       Casa rodante / trailer  
 Cuarto de Hotel / Motel       Otro: \_\_\_\_\_

**2. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno)**

- Intercambio de servicios por vivienda       Vivienda propia  
 No hace ningún pago por la vivienda       Vivienda de renta  
 Recibe subsidio para la vivienda       Otro: \_\_\_\_\_

**3. Tiempo residiendo en el domicilio actual:**

- Menos de 6 meses       6 – 12 meses       1 – 2 años       2+ años

**4. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?****5. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (marque todo lo que se aplique)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid o CHIP                          | <input type="checkbox"/> Desempleo                                 |
| <input type="checkbox"/> (TANF) Ayuda temporaria para familias    | <input type="checkbox"/> (WIC) Mujeres, Bebés y Niños              |
| <input type="checkbox"/> (SSI) Seguridad de ingreso suplementario | <input type="checkbox"/> (SNAP) Programa de cupones para alimentos |

**6. Transporte**

6a. ¿Puede usted o alguien en su familia transportar a su hijo/a a Head Start?       SI       NO

6b. ¿Si la respuesta es no, como transportaría a su hijo/a a Head Start? \_\_\_\_\_

*(Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte.)*

**INFORMACION ADICIONAL**

**Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor, si lo desea, explíquelo con más detalle.**

**1. ¿Ha habido cambios negativos en el empleo, en las condiciones de vida, o en los ingresos?**

---

---

---

**2. ¿Hay alguien viviendo en la casa con incapacidades y / o problemas de salud?**

---

---

---

**3. ¿Está el niño bajo el cuidado de padres de crianza o viviendo con alguien mas que no sean sus padres?**

---

---

**4. ¿Nació el niño con, o tiene problema de salud, alergias, incapacidades, o necesidades especiales?**

---

---

---

**5. Describa brevemente la crisis familiar de tal manera que nosotros podemos prepararnos mejor para su hijo/a (una muerte, divorcio, separación, pérdida de trabajo, movimiento reciente, abuso de substancias, encarcelamiento, abuso, salud mental, etc.) Utilice el otro lado del papel si necesita.**

---

---

---



Los Estándares del Desempeño de Head Start requieren que todos niños están hasta la fecha o al día con todas inmunizaciones y exámenes de salud y exámenes dentales.

**1. ¿Si usted no tiene a un médico, dentista, ni una manera de pagar por citas, querría usted ayuda?  SI  NO**

**2. Condiciones que tiene su niño que pueden ser importantes en una emergencia (marque todas las que aplican)**

AlergiasCondiciones

Mordeduras : \_\_\_\_\_

Asma

Comida : \_\_\_\_\_

Diabetes

Medicamentos : \_\_\_\_\_

Convulsiones

Otro : \_\_\_\_\_

Otro : \_\_\_\_\_

**3. ¿La condición está actualmente controlada / bajo cuidado médico?  SI  NO**

**4a. ¿Tiene preocupaciones acerca de la salud general y el desarrollo de su niño?**

SI  NO

**4b. Describa la preocupación:**

**4c. Preocupación Expresada Por (marque uno):**

<input type="checkbox"/> Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Proveedor Primario de Cuidado	<input type="checkbox"/> Miembro de la Familia
<input type="checkbox"/> Personal del Programa	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicio Social	<input type="checkbox"/> Otro : _____

**5. ¿Ha asistido su niño el jardín de niños del Distrito Escolar?  SI  NO**

**6a. ¿Tiene su niño una incapacidad?**

SI  NO

**6b. Si la respuesta es sí, seleccione por favor uno del siguiente.**

<input type="checkbox"/> Hablar o del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Conducta	<input type="checkbox"/> Desarrollo
<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Proporcione por favor documentos de referencia si el niño ha sido diagnosticado con incapacidades  
(Por ejemplo, IEP, nota de doctor, etc.) \*\*\***

**7. ¿Puede el niño utilizar el baño por él/ella misma?  SI  NO**

**8. ¿Pueden cambiar su propia ropa si ellos tienen un accidente de baño?  SI  NO**

**9a. Proveedores de Seguro Médico:**

Medicare / Medicaid  Child Health Insurance Program (CHIP)

Privado  Sin Cobertura  Otro: \_\_\_\_\_

**9b. Fecha de Vigencia del Seguro:**

**9c. Fecha de Vencimiento:**  
(MM / DD / AA)

**9d. Seguro Principal:**

SI

NO

N/A

**9e. ¿Incluye Seguro Dental?**

SI

NO

N/A

**10a. Proveedor Médico Actual:**

**10b. Teléfono:**

**10c. Fecha del Ultimo Examen Médico:**  
(MM/DD/AA)

**11a. Proveedor Dental Actual:**

**11b. Teléfono:**

**11c. Fecha del Ultimo Examen Dental:**  
(MM/DD/AA)

**1. Nombre del Niño:**

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

**2. Fecha de Nacimiento:** (mes/ día / año)**3. Consentimiento de Emergencia Médica:**

En caso de herida o emergencia médica, mi firma abajo autoriza al personal de Head Start a dar permiso a cualquier médico, enfermera, personal del hospital, o paramédico para proporcionar cuidado médico como ellos (el personal médico) cree necesario en el mejor interés de mi niño.

**X****Firma de Padre / Guardián Legal****Fecha****X****Firma de Padre / Guardián Legal****Fecha****4. Teléfono de Emergencia del Adulto Encargado:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_**5. Teléfono de Emergencia del Adulto Secundario:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_**6. Contactos de Emergencia:**

¿Si el padre/guardián no puede ser localizado, quién sabrá donde encontrarlo a usted o ser responsable de su niño?

<b>Contacto de Emergencia 1:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 2:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 3:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 4:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 5:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____

*En caso de una emergencia médica o de comunidad, el personal de SUU Head Start transportará a su niño si usted o nadie de su información de contacto puede ser contactado.*

**7. Autorización de Transporte:** Yo por la presente autorizo a las personas enlistadas arriba para recoger a mi niño.**X** \_\_\_\_\_**Firma de Padre / Guardián Legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha****X** \_\_\_\_\_**Firma de Padre / Guardián Legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

## 1. Nombre del Niño:

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

## 2. Fecha de Nacimiento: (mes/ día / año)

## 3. Número de adultos en casa:

## 4. Número de niños en casa:

## 5. El número de adultos que contribuyen a ingresos:

## 6. Ingresos anuales del adulto encargado

## 7. Ingresos anuales del adulto secundario

Empleo (sin impuestos): \$ \_\_\_\_\_

Empleo (sin impuestos): \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

Pensión :

Pensión : \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Suma de Ingresos Anuales

\$ \_\_\_\_\_

Suma de Ingresos Anuales

\$ \_\_\_\_\_

## Suma de ingresos anuales de la familia (sin impuestos): \$ \_\_\_\_\_

## 8. Firma de Padres

Yo certifico que la información en esta aplicación es correcta hasta lo mejor que conozco y está sujeta a verificación.

X  
Guardián Legal

Fecha \_\_\_\_\_

X  
Guardián Legal

Fecha \_\_\_\_\_

## 9. Estatus de residencia (marque todos los que aplican)

Sí  No ¿Vive la familia del niño con otros adultos, inclusive parientes, debido a luchas económicas?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un refugio, hotel, motel, o falta residencia regular y fija? (violencia doméstica, emergencia, o envoltura de transición)

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un coche, en el parque, sitio de campar, o en lugar público?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un lugar sin facilidades adecuadas? (Falta agua, electricidad, calentadora, etc.)

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

**10. Verificación de Terceros:** Si indicó "sí" a cualquiera de las preguntas en la sección 9. Estatus de residencia arriba, o si de si utilizó la forma "Comprobación de pago en efectivo o no tener ingresos", ¿puede SUU Head Start tener permiso para ponerse en contacto con la persona o entidad que pueda verificar su información?

Sí (Por favor complete la siguiente información)  No Firma de guardián legal: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Afiliación (abuelo, refugio, etc.): \_\_\_\_\_

↓ PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS ↓

## ELIGIBILITY DETERMINATION FORM

↓ PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS ↓

1. Date Accepted: \_\_\_\_\_ / Start Date: \_\_\_\_\_

2. Verify Eligibility. Check which category of eligibility this child falls into.

Categorical

Homeless

Foster Care / Kinship Care

Income

Below federal poverty guidelines

Public Assistance

Between 100 - 130% federal poverty guidelines

(not more than 35% of enrolled children may fall into this category)

Over Income (counted as part of 10% maximum)

Remarks \_\_\_\_\_

3. What documentation was used to determine eligibility?

Income Tax Forms: \_\_\_\_\_

W-2 and 1099

Pay stub or pay envelopes

Written statements from employers

DWS 630

Unemployment

Child support documentation

No Income/Payment in Cash From \_\_\_\_\_

School grants and scholarships

Foster/Kinship care documentation

TANF documentation

SSI documentation

Third Party Verification

Homeless based on information gathered from interview and application

Other: \_\_\_\_\_

**Eligibility Determination Statement** I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. I attest that I have examined the documents checked above and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and ERSEA policies.

4. Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

FCE Manager Verification: \_\_\_\_\_

5. Staff Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_