



EARLY HEAD START-CHILD CARE PARTNERSHIP (EHS-CCP) APPLICATION

CHILD APPLICANT INFORMATION

Child First and Last Name:		Family Member of Head Start Staff? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Name:	
DOB:	Was the child premature? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: If yes, how many weeks?		Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Child Language:	Primary Language at Home:	Acquiring/Learning another language in addition to English: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child Race (check all that apply): Hispanic: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial/Bi-racial (List): _____ <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Unspecified			
Living Address, City, State, Zip:			
Shared housing/Homeless: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Primary Phone:	*Primary Email:
Primary Health Coverage: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Other/Private (list):			
Does your child have a disability or special need? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: <input type="checkbox"/> Suspected <input type="checkbox"/> Diagnosed			
Does your child have any medical concerns? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (list):			
Doctor Name/Address/Ph:			
Dentist Name/Address/Ph:			
Referred by Child Welfare Agency: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Do you receive SSI? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Active Duty Military? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you receive WIC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		CalWorks/CalFresh? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parent/Guardian is a U.S Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Parental Status: <input type="checkbox"/> Single Parent <input type="checkbox"/> Two			

LIST ALL PERSONS LIVING IN THE HOUSEHOLD, SUPPORTED BY THE INCOME OF THE PARENTS/GUARDIANS OF THE CHILD ENROLLED AND RELATED TO THE PARENTS BY BLOOD, MARRIAGE OR ADOPTION:

1) PRIMARY ADULT FIRST/LAST NAME	DOB	RACE	HISPANIC	GENDER
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RELATIONSHIP TO CHILD (Father, mother, grandparent, foster parent, etc.)	EMPLOYMENT STATUS (Full/Part-time; Unemployed, Seasonal; Training etc.)		HIGHEST GRADE COMPLETED (HS Diploma; GED; AA/BA; training certificate; etc.)	
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2) SECONDARY ADULT FIRST/LAST NAME	DOB	RACE	HISPANIC	GENDER
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RELATIONSHIP TO CHILD (Father, mother, grandparent, foster parent, etc.)	EMPLOYMENT STATUS (Full/Part-time; Unemployed, Seasonal; Training etc.)		HIGHEST GRADE COMPLETED (HS Diploma; GED; AA/BA; training certificate; etc.)	
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3) OTHER ADULT FIRST/LAST NAME	DOB	RACE	HISPANIC	GENDER
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RELATIONSHIP TO CHILD (Father, mother, grandparent, foster parent, etc.)	EMPLOYMENT STATUS (Full/Part-time; Unemployed, Seasonal; Training etc.)		HIGHEST GRADE COMPLETED (HS Diploma; GED; AA/BA; training certificate; etc.)	

OTHER CHILDREN IN HOME

FIRST AND LAST NAME	DOB	RACE	GENDER	RELATIONSHIP TO PRIMARY ADULT
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

I consent for exchange of eligibility information if needed (i.e. 3rd party income verification). *Opt in for EHS email notices

I certify under penalty of perjury that the information in this enrollment packet is true and complete to the best of my knowledge. If any part is false or omitted, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____



EARLY HEAD START-CHILD CARE PARTNERSHIP (EHS-CCP) APLICACIÓN

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE INFANTIL

Nombre y apellido del niño:		Miembro de la familia del personal de Head Start? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre:	
Fecha De Nacimiento:	¿El niño nació prematuro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Si es así, ¿cuántas semanas?		Género: M F
Lenguaje de infante:	Idioma principal en casa:	Está aprendiendo otro idioma además del Inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Etnicidad (marque todo lo que corresponda): Hispano(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial / Bi-racial (Lista): <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Sin especificar			
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:			
Hogar compartido/sin hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono principal:	*Correo electrónico	
Cobertura primaria de salud: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Otro/privado(lista):			
¿Tiene su hijo alguna discapacidad o necesidad especial?? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Sospecha? <input type="checkbox"/> ¿Diagnosticada?			
¿Tiene su hijo alguna inquietud médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (liste):			
Nombre del doctor/dirección/ telefono:			
Nombre del dentista / dirección/ telefono:			
Referido por la Agencia de Bienestar Infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Militar Activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El padre/guardián es un veterano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Recibes WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CalWORKs/CalFresh? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado parental: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres	

LISTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN EL HOGAR, APOYADAS POR LOS INGRESOS DE LOS PADRES / GUARDIÁN DEL NIÑO(S) INSCRITOS Y RELACIONADOS CON LOS PADRES POR SANGRE, MATRIMONIO O ADOPCIÓN:

1) ADULTO PRIMARIO NOMBRE/APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GÉNERO M F
RELACION HACÍA EL NIÑO (Padre, madre, abuela, padre adoptivo, etc.)	ESTADO DE EMPLEO (Tiempo completo / parcial; desempleados, estacionales; capacitación, etc.)		GRADO MÁS ALTO COMPLETADO (Diploma HS; GED; AA / BA; certificado de capacitación; etc.)	
2) ADULTO SECUNDARIO NOMBRE/APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GÉNERO M F
RELACION HACÍA EL NIÑO (Padre, madre, abuela, padre adoptivo, etc.)	ESTADO DE EMPLEO (Tiempo completo / parcial; desempleados, estacionales; capacitación, etc.)		GRADO MÁS ALTO COMPLETADO (Diploma HS; GED; AA / BA; certificado de capacitación; etc.)	
3) OTRO ADULTO NOMBRE/APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GÉNERO M F
RELACION HACÍA EL NIÑO (Padre, madre, abuela, padre adoptivo, etc.)	ESTADO DE EMPLEO (Tiempo completo / parcial; desempleados, estacionales; capacitación, etc.)		GRADO MÁS ALTO COMPLETADO (Diploma HS; GED; AA / BA; certificado de capacitación; etc.)	

OTROS NIÑOS EN HOGAR

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	GÉNERO	RELACIÓN CON ADULTOS PRIMARIOS
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	

- Doy mi consentimiento para el intercambio de información de elegibilidad si es necesario (es decir, verificación de ingresos de terceros).
 * Suscribirse a los avisos por correo electrónico de EHS

Certifico bajo pena de perjurio que la información en este paquete de inscripción es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si alguna parte es falsa u omitida, mi participación en los programas de esta agencia puede finalizar y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIÁN

FECHA