



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

CHILD APPLICANT INFORMATION

Child First and Last Name:		Family Member of Head Start Staff? ☐ No ☐ Yes: Name:	
DOB:	Was the child premature? ☐ No ☐ Yes: If yes, how many weeks?		Gender: ☐ M ☐ F
Child Language:	Primary Language at Home:	Acquiring/Learning another language in addition to English: ☐ Yes ☐ No	
Child Race (check all that apply): Hispanic: ☐ Yes ☐ No ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Asian ☐ Black/African American ☐ White ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Multi-racial/Bi-racial (List): _____ ☐ Other: _____ ☐ Unspecified			
Living Address, City, State, Zip:			
Shared housing/Homeless: ☐ Yes ☐ No		Primary Phone:	*Primary Email:
Primary Health Coverage: ☐ None ☐ Medi-Cal ☐ Other/Private (list):			
Does your child have a disability or special need? ☐ No ☐ Yes: ☐ Suspected ☐ Diagnosed			
Does your child have any medical concerns? ☐ No ☐ Yes (list):			
Doctor Name/Address/Ph:			
Dentist Name/Address/Ph:			
Referred by Child Welfare Agency: ☐ Yes ☐ No		Do you receive SSI? ☐ Yes ☐ No	Active Duty Military? ☐ Yes ☐ No
Do you receive WIC? ☐ Yes ☐ No		CalWorks/CalFresh? ☐ Yes ☐ No	Parent/Guardian is a U.S Veteran? ☐ Yes ☐ No
Parental Status: ☐ Single Parent ☐ 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
			☐ Yes ☐ No	☐ M ☐ 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.)	
2) SECONDARY ADULT FIRST/LAST NAME	DOB	RACE	HISPANIC	GENDER
			☐ Yes ☐ No	☐ M ☐ 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.)	
3) OTHER ADULT FIRST/LAST NAME	DOB	RACE	HISPANIC	GENDER
			☐ Yes ☐ No	☐ M ☐ 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
			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ F	
			☐ M ☐ 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? ☐ No ☐ Sí Nombre:		
Fecha De Nacimiento:		¿El niño nació prematuro? ☐ No ☐ Si: Si es así, ¿cuántas semanas?		Género: M F
Lenguaje de infante:		Idioma principal en casa:		Está aprendiendo otro idioma además del Inglés: ☐ Si ☐ No
Etnicidad (marque todo lo que corresponda): Hispano(a): ☐ Si ☐ No ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico ☐ Multirracial / Bi-racial (Lista): ☐ Otro: ☐ Sin especificar				
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:				
Hogar compartido/sin hogar: ☐ Si ☐ No		Teléfono principal:		*Correo electrónico
Cobertura primaria de salud: ☐ Ninguno ☐ Medi-Cal ☐ Otro/privado(lista):				
¿Tiene su hijo alguna discapacidad o necesidad especial?? ☐ No ☐ Si ☐ ¿Sospecha? ☐ ¿Diagnosticada?				
¿Tiene su hijo alguna inquietud médica? ☐ No ☐ Sí (liste):				
Nombre del doctor/dirección/ telefono:				
Nombre del dentista / dirección/ telefono:				
Referido por la Agencia de Bienestar Infantil: ☐ Si ☐ No		¿Recibe SSI? ☐ Si ☐ No		Militar Activo? ☐ Si ☐ No
Recibes WIC? ☐ Si ☐ No		¿CalWORKs/CalFresh? ☐ Si ☐ No		El padre/guardián es un veterano de los EE.UU? ☐ Si ☐ No
Estado parental: ☐ Un padre ☐ 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 ☐ Si ☐ 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 ☐ Si ☐ 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 ☐ Si ☐ 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