



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

Please attach the following: • Income -12 months (1040, W-2s, TANF voucher, etc.) • Proof of Birth • Immunizations

CHILD APPLICANT INFORMATION				
Child First and Last Name:			Family Member of Head Start Staff? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Name:	
DOB:	Gender: M F	Child Language:	Primary Language at Home:	
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:				
Work Phone:	Cell Phone:	Shared housing/Homeless: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
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 TANF or 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	SNAP (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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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.)
				M F
2) SECONDARY ADULT FIRST/LAST NAME				
DOB		RACE		HISPANIC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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.)
				M F
3) OTHER ADULT FIRST/LAST NAME				
DOB		RACE		HISPANIC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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.)
				M F
OTHER CHILDREN IN HOME				
FIRST AND LAST NAME	DOB	RACE	GENDER	RELATIONSHIP TO PRIMARY ADULT
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	
			M F	

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

Adjunte los siguientes documentos: • Ingresos -12 meses (1040, W-2s, TANF, etc.) • Comprobante de nacimiento • Vacunas

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE INFANTIL

Nombre y apellido del niño:			Familiar de un Empleado de Head Start? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	Idioma del infantil:	Idioma principal en casa:	
Etnicidad (marque todo lo que corresponda): Hispano(a): <input type="checkbox"/> Si <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:				
Teléfono del trabajo:		Teléfono celular:		Hogar compartido/sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cobertura primaria de salud: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Otro/privado (lista):				
¿Tiene su hijo una discapacidad o una necesidad especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Sospechado <input type="checkbox"/> Diagnosticado				
¿Tiene su hijo algún problema médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (lista):				
Nombre del doctor/dirección/ telefono:				
Nombre del dentista / dirección/ telefono:				
Referido por Child Welfare Agency: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Recibe TANF o SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Recibe WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		SNAP (CalFresh)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		El padre/guardián es un veterano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <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	SEXO
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
RELACION HACIA 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.)	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
RELACION HACIA 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.)	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
RELACION HACIA EL NIÑO (Padre, madre, abuela, padre adoptivo, etc.)	ESTADO DE EMPLEO (Tiempo completo / parcial; desempleados, estacionales; capacitación, etc.)		HIGHEST GRADE COMPLETED (Diploma de HS; GED AA / BA; Certificado de entrenamiento; etc.)	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	M F

OTROS NIÑOS EN HOGAR

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

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