

**COMMUNITY PROGRESS COUNCIL, INC.
HEAD START OF YORK COUNTY
CHILD APPLICATION FORM**

Nombre Del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Raza: _____ Genero: ____F ____M

Dirección: _____ #APT _____

Cuidad: _____ Código Postal: _____ Distrito Escolar: _____

Idioma Primer: Ingles Espanol Otra _____

Proporcione por favor por lo menos un número de teléfono de contacto

Numero De Teléfono	# De Celular	Otro numero
--------------------	--------------	-------------

INFORMACIÓN DE MADRE O GUARDIANES (AMBITO UNO)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION (SI DIFERENTE DEL NINO): _____

Numero De Teléfono	#de Trabajo	# De Celular	Otro numero
--------------------	-------------	--------------	-------------

HORAS DE EMPLEO/ESCUELA DE SEMANA: _____ MESES CONSECUTIVO DE EMPLEO _____

INFORMACIÓN DE PADRE O GUARDIANES (AMBITO UNO)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION (SI DIFERENTE DEL NINO): _____

Numero De Teléfono	#de Trabajo	# De Celular	Otro numero
--------------------	-------------	--------------	-------------

HORAS DE EMPLEO/ESCUELA DE SEMANA: _____ MESES CONSECUTIVO DE EMPLEO _____

TAMAÑO DE FAMILIA:	TANF ACTUALMENTE RECIPIENTE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SSI ACTUALMENTE RECIPIENTE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FOMENTE A NIÑO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DERECHOS EDUCATIVOS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
EN EL TIEMPO DE SU CITA INICIAL DE LA TOMA, USTED SERA PEDIDO PROPORCIONAR LA PRUEBA DE INGRESOS.	EI TIPO DE INGRESOS: <input type="checkbox"/> EMPLEO <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SOPORTE DEL NINO <input type="checkbox"/> DISEMPLEO <input type="checkbox"/> JUBILACION <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRA		INGRESOS ANUALES TOTALES \$

SON USTED IMPLICADO ACTUALMENTE CON NIÑOS & LOS SERVICIOS DE LA JUVENTUD? YES NO

EMBALE EL NOMBRE DE TRABAJADOR: _____

ES SU NIÑO QUE TRANSFIERE DE OTRO HEAD START? YES NO DE DONDE: _____

FIRMA DEL PADRE: _____ FECHA: _____

PROCESSED: INITIAL _____ DATE ____/____/____

ATTEMPTS TO CONTACT FOR ENROLLMENT

1 st attempt	2 nd attempt	3 rd attempt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FCP: APPLICANT INFORMATION
RETURN PATH: ORIGINAL – CHILD'S FILES
COPY – ERSEA SPECIALIST

FORM #ECP001
REVISED 3/20/2008

**COMMUNITY PROGRESS COUNCIL, INC.
HEAD START OF YORK COUNTY
CHILD APPLICATION FORM**

CIRCLE ALL THAT APPLY		HS NOTES
HAGALE TIENE ALGUNA NECESIDAD ESPECIAL O CONCIERNE PARA SU FAMILIA, TAL COMO:	La EDUCACION/ENTRENANDO/la CAPACIDAD DE LEER Y ESCRIBIR EMPLEO SERVICIOS LEGALES APOYO de CUIDAR DE LOS NIÑOS ACONSEJAR ABUSO de SUSTANCIA VIOLENCIA DOMESTICA SALUD MENTAL La PARTICIPACION PREVIA CON NIÑOS & la JUVENTUD	
SON USTED UN:	FOMENTE a PADRE El GUARDIAN/ABUELO DE NIÑO PADRE SIN PAREJA El PADRE del JOVEN (Actualmente 18 o más joven) DOS PADRES	
SON USTED UN:	PADRE DE TRABAJO PADRE de INSTRUCCION	
¿ESTA la MADRE EMBARAZADA O ESTA ALLI UN RECIEN NACIDO EN la FAMILIA?	EMBARAZADA RECIEN NACIDO (bajo de 1 años de edad)	
ES SU FAMILIA:	SIN HOGAR EN UN REFUGIO	
HAGALE NECESITA las MANERAS del HALLAZGO de AYUDA para ENCONTRAR las NECESIDADES de BASIC COMO:	SEGURO DE ENFERMEDAD LA UTILIDAD APAGO NOTAS	
¿TIENE SU NIÑO UN DIAGNOSTICO EDUCATIVO, MEDICO O MENTAL de la SALUD? (CONECTE COPIA DE ER, IEP O la PRUEBA DE el DIAGNOSTICO)	El DIAGNOSTICO EDUCATIVO EL DIAGNOSTICO MENTAL de la SALUD EL DIAGNOSTICO MEDICO	
¿TIENE USTED UN DE DESARROLLO O CONDUCTISTA CONCIERNE PARA SU NIÑO?	El DISCURSO o el MOTOR MULTA/BRUTO, ETC CONDUCTISTA	
SER COMPLETADO POR el PERSONAL de HEAD START		
ELIGIBILITY BY AGE	KINDERGARTEN BOUND 2 YEARS OF SERVICE	
	TRANSFERRING FROM ANOTHER HEAD START	
	FAMILY IS INVOLVED WITH CHILDREN AND YOUTH AGENCY	
CHILD HAS SPECIAL NEED MEETING HEAD START CRITERIA FOR MEDICAL NEEDS, OR MEETS DISABILITY REGULATIONS, SUCH AS:	ER/IEP WITH ED. CONSULT ER/IEP WITH SPEECH RELATED SERVICE OF OT , PT, VISION ITINERANT, HEARING ITINERANT MENTAL HEALTH DIAGNOSIS OTHER HEALTH IMPAIRMENT	
RECEIVED REFERRAL BASED ON THE SUSPICION OF CHILD'S UNMET NEEDS, SUCH AS:	MEDICAL COMMUNITY, SOCIAL SERVICES, CHILD DEVELOPMENT PROGRAM, CHURCH GROUP OR STATE HEALTH AGENCIES.	