

CLAYTON COUNTY COMMUNITY SERVICES AUTHORITY, INC.
AUTORIDAD DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE CLAYTON

HEAD START PROGRAM

PROGRAMA HEAD START

PRE-REGISTRATION

(PRE-REGISTRACION)

DATE: _____
(Fecha)

PLEASE PRINT ALL INFORMATION
(Por favor complete toda la información)

FORM COMPLETED AT: _____
(Forma completada en):

PARENT/STAFF _____
(Personal)

CHILD'S NAME: _____
(Nombre del Niño) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Last (Apellido)

SS# _____ - _____ - _____

ADDRESS: _____
(Dirección)

D.O.B.: _____
(Fecha de Nacimiento)

SEX: M _____ F _____
(Sexo)

TELEPHONE (H) _____
Teléfono (Casa)

(W) _____
(Trabajo)

(M) _____
(Mensaje)

PARENT/GUARDIAN'S NAME: _____
(Nombre del Padre/Tutor)

D.O.B _____
(Fecha de Nacimiento)

SS# _____ - _____ - _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____
(Relación con el Niño(a))

HEAD OF HOUSEHOLD: Y _____ N _____
(Miembro titular de la familia) Si No

FATHER'S NAME: _____
(Nombre del Padre)

LIVES WITH CHILD: Y _____ N _____
(Vive con el Niño/a) Si No

IS CHILD CURRENTLY OR MAY BECOME INVOLVED IN A CUSTODY ORDER: Y _____ N _____
(Esta el niño(a) involucrado en custodia legal) Si No

DO YOU HAVE OR CAN YOU PROVIDE CUSTODY PAPERS FOR THIS CHILD: Y _____ N _____
(Tiene ó Puede proveer custodia legal del Niño/a) Si No

NUMBER IN FAMILY: _____ NUMBER OF CHILDREN: _____ NUMBER IN HOUSEHOLD: _____
(# de miembros en la familia) (Cuantos niños) (Total de personas viviendo en el hogar)

SOURCE OF INCOME: (TANF, WORK, SS etc.) _____
(Obtención de Ingresos): (TANF, Trabajo, SS, etc.)

ANNUAL INCOME: _____
(Ingresos Anuales)

TEEN PARENT: (18 OR YOUNGER) Y _____ N _____
(Padres adolescentes) (18 años ó menores) Si No

IS PARENT PREGNANT: Y _____ N _____
(Esta la madre embarazada) Si No

IS PARENT/GUARDIAN IN SCHOOL/TRAINING: Y _____ N _____ SUBJECT: _____
(Estan los Padres/Tutores en escuela ó entrenamiento) Si No (En que Area ó Matria)

DISABILITIES/SPECIAL NEEDS OF CHILD: _____
(Discapacidades /Necesidades Especiales del niño(a))

HAS CHILD BEEN DIAGNOSED: Y _____ N _____ SPECIAL DIET: _____
(Tiene el niño(a) algún diagnóstico) Si No (Dieta especial)

OVER/CONTINUE

IS THERE A SIBLING IN HEAD START: Y ___ N ___ CHILD'S 1ST YEAR IN HS: Y ___ N ___
(Tiene hermanos en Head Start) Si No (Es su primer año en Head Start) Si No

DATE OF CHILD'S LAST PHYSICAL EXAM: _____ DENTAL EXAM: _____
(Fecha del último Examen Físico del niño(a)) (Examen Dental)

IMMUNIZATIONS UP TO DATE: Y ___ N ___ CHILD RECEIVING WIC: Y ___ N ___
(Están las vacunas actualizadas) Si No (Recibe el niño(a) WIC) Si No

DOES THIS CHILD HAVE ADEQUATE HEALTH INSURANCE? Y ___ N ___ PARENT: Y ___ N ___
(Tiene el niño(a) cobertura médica) Si No (Los Padres) Si No

TYPE OF CHILD'S HEALTH INSURANCE? (MEDICAID, P'CARE ETC.) _____
(Tipo de cobertura médica: (Medicaid, Peach Care, etc.))

WHAT MODE OF TRANSPORTATION DO YOU UTILIZE: CAR _____ TAXI _____
(Que tipo de transporte utiliza) (Automobil) (Taxi)

PUBLIC TRANSPORTATION _____ FRIEND/RELATIVE _____ OTHER _____
(Autobus Público) (De amistad/familiar) (Otro)

AGENCY USE ONLY

APPOINTMENT SCHEDULED FOR CHILD TO REGISTER: DATE _____ TIME _____
(Cita para registrar al niño(a)) (Fecha) (Hora)

If parent/guardian did not register child, list reason(s) and follow-up date:
(Uso sólo para la agencia) Sí el Padre/Tutor no registro al niño enliste las razones y haga seguimiento:

1. _____ Date: _____
2. _____ Date: _____
3. _____ Date: _____