

CLAYTON COUNTY COMMUNITY SERVICES AUTHORITY, INC.
AUTORIDAD DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE CLAYTON
HEAD START/EHS -CCP / PRE -K PROGRAM
PROGRAMA HEAD START/ EHS -CCP/ PRE-K

PRE-REGISTRATION
(PRE-REGISTRACION)

DATE: _____
(Fecha)

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

FORM COMPLETED AT: _____ **PARENT/STAFF** _____
(Forma completada en): (Personal)

CHILD'S NAME:

(Nombre del Niño) **First** (Primer Nombre) **Middle** (Segundo Nombre) **Last** (Apellido)

SS# _____ - _____ - _____ **Child D.O.B.:** _____ (Fecha de Nacimiento)

ADDRESS: _____
(Dirección)

_____ **City:** _____ **SEX: M** ___ **F** ___
(Sexo)

OWN ___ **RENT** ___ **LIVING WITH RELATIVES/FRIENDS** ___ **OTHER** ___
(Casa Propia) (Renta) (Vive con Familiares ó Amistades) (Otro)

TELEPHONE (H) _____ **(W)** _____ **(M)** _____
Teléfono (Casa) (Trabajo) (Mensaje)

PARENT/GUARDIAN'S NAME: _____ **D.O.B** _____
(Nombre del Padre/Tutor) (Fecha de Nacimiento)

SS# _____ - _____ - _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____ **HEAD OF HOUSEHOLD: Y** ___ **N** ___
(Relación con el Niño(a)) (Miembro titular de la familia) Si No

FATHER'S NAME: _____ **LIVES WITH CHILD: Y** ___ **N** ___
(Nombre del Padre) (Vive con el Niño/a) Si No

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

IF YES, 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.) _____ **ANNUAL INCOME:** _____
(Obtención de Ingresos): (TANF, Trabajo, SS, etc.) (Ingresos Anuales)

TEEN PARENT: (18 OR YOUNGER) Y_____ N_____ IS PARENT PREGNANT: Y_____ N_____
(Padres adolescentes) (18 años ó menores) Si No (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)

HAVE YOUR CHILD APPLIED THROUGH ANY SPECIAL EDUCATION SERVICES (PRE- SCHOOL DIAGNOSTIC CENTER) : _____

Su hijo han sido aplicar a el preseleccionados en cualquier servicios de educación especial (LA PRE-ESCUELA DIAGNOSTICO)/(Discapacidades /Necesidades Especiales del niño(a))

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

DOES ANYONE SMOKE IN YOUR HOME OR CAR WHILE YOUR CHILD IS PRESENT:

(Alguien fuma en su casa ó carro delante de su hijo/a?)

Y_____ N_____
Si No

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_____
(Estan 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.))

DOES THIS CHILD HAVE SUBSIDIZED CHILD CARE THROUGH THE CHILDCARE AND PARENT SERVICES (CAPS)?

¿ESTE NIÑO TIENE CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS Y PADRES (CAPS)? **Y_____ N_____**
Si No

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