

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)

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

OTHER ___
(Otro)

TELEPHONE (H) _____ **(W)** _____
Teléfono (Casa) (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

IF YES, DO YOU HAVE OR CAN 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** ___
(Estan los Padres/Tutores en escuela ó entrenamiento) Si No

SUBJECT: _____
(En que Area ó Matria)

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

OVER/CONTINUE

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 _____
(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: _____