

Clayton/Rockdale County Community Service Authority, INC.  
Head Start/Early Head Start/Pre-K Program

---

**PRE-REGISTRATION FORM**  
**(FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN)**

DATE: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

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

FOR COMPLETED AT : \_\_\_\_\_ PARENT/STAFF: \_\_\_\_\_  
(Forma completada en) (Personal)

PARENT/GUARDIAN'S EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor Correo electrónico)

CHILD'S NAME:

(Nombre del Niño/a First(Primer Nombre) Middle(Segundo Nombre) Last(Apellido)

SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CHILD'S D.O.B.: \_\_\_\_\_ (Fecha de Nacimiento)

ADDRESS: \_\_\_\_\_  
(Dirección)

CITY: \_\_\_\_\_ STATE: GA ZIP CODE: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_ N \_\_\_  
(Esta el niño/a involucrado en custodia legal) Si No

IF YES, DO YOU HAVE OR CAN YOU PROVIDE CUSTODY PAPERS FOR THE 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, SNAP, etc) \_\_\_\_\_ ANNUAL INCOME: \_\_\_\_\_  
(Obtención de Ingresos:) (TANF, Trabajo, SS, SNAP, etc) (Ingresos Anuales)

# Clayton/Rockdale County Community Service Authority, INC.

## Head Start/Early Head Start/Pre-K Program

---

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 YOU CHILD APPLIED THROUGH ANY SPECIAL EDUCATION SERVICES (PRE-SCHOOL DIAGNOSTIC CENTER): \_\_\_\_\_

Su hijó han sido aplicar a el preseleccionados en cualquier servicios de educación especial (LA PRE-ESCUELS DIAGNÓSTICO/(Discapacidades/Necesidades Especiales del ninó/a)

HAS CHILD BEEN DIAGNOSED: Y\_\_\_ N\_\_\_ SPECIAL DIET: \_\_\_\_\_  
(Tiene el niño/a algún diagnostic) Si No (Dieta especial)

DOES ANYONE SMOKE IN YOUR HOME OR CAR WHILE CHILD IS PRESENT: Y\_\_\_ N\_\_\_  
(Alguien fuma en su casa ó carro delante de su jijo/a?) Si No

IS THERE A SIBLING IN HEAD START: Y\_\_\_ N\_\_\_ CHILD'S 1<sup>ST</sup>. 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 ultimo Examen Fisico del ninó/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 covertura médica) Si No (Los Padres) Si No

TYPE OF CHILD'S HEALTH INSURANCE? (MEDICAID, PEACHCARE, ETC.): \_\_\_\_\_  
(Tipo de covertura médica: (Medicaid, PeachCare, etc.)

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

¿ESTE NIÑO TIENE CUIDADO INFNTIL 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 utilize) (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:

(Usó sólo para la agencia) Si el Padre/Tutor no registro al niño enliste las razones y haga siguiemiente:

1. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_