

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# _____ - _____ - _____

E-MAIL ADDRESS _____

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

SEX: M ___ F ___

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

ARE YOU CURRENTLY A FOSTER PARENT: Y ___ N ___
¿En la actualidad un padre adoptivo 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)

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)

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:** _____