



ENROLLMENT APPLICATION

PROGRAM OPTION: TO BE COMPLETED BY STAFF

OPCIONES DEL PROGRAMA: **COMPLETADO POR UN MIEMBRO DEL PERSONAL**

HEAD START EARLY HEADSTART: CENTER BASED

PREGNANT SERVICES

DATES:

INTAKE DATE: _____ ENROLLMENT DATE: _____ ENTRY DATE: _____ DROP DATE: _____

RE-ENROLL DATE: _____ PREGNANT TO CENTER _____ EHS TO HS DATE: _____

Part 1: PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION

Full Name of Parent/Legal Guardian: _____
(Nombre completo del Padre/Tutor Legal)

Date of Birth: _____ Relationship to Child: _____
(Fecha de Nacimiento) (Relación con el niño)

Address: _____
(Dirección)

Email Address _____ @ _____

Telephone Numbers: Home: () _____ Cell: () _____
(Números de teléfono) (casa) (celular)

Other: () _____
(otro)

- Are you currently employed: Yes [] No []
(Esta trabajando actualmente) (si) (no)
- Are you currently in school: Yes [] No [] Highest Level of Education completed: _____
(Esta asistiendo actualmente a la escuela) (si) (no) (Nivel de educación más alto en la familia)
- Are you or anyone in the household in the military/active duty/ veteran Yes [] No []
(Usted o alguien en la casa está en el ejército / servicio activo / veterano) (si) (no)
- Family Type: Single [] 2 Parent/Guardian [] Foster Family []
(Tipo de familia) (Soltero/soltera) (2 padres/tutores) (Familia de crianza)

Part 2: CHILD INFORMATION

(Información del Niño)

Full Name of Child: _____
(Nombre completo del niño/a)

Date of Birth/**Due Date (EHS):** _____ Sex: Male [] Female []

(Fecha de nacimiento) (sexo): (masculino) (femenino)

Ethnic Origin _____ Primary Language: _____
(Origen étnico) (Lenguaje Primario)

Medical Insurance Name/Number: _____
(Nombre/Núm. seguro médico)

Part 3: FAMILY INFORMATION

(Información de la Familia)

Number of Children: [] Number of Children in Head Start/Early Head Start: [] Total in Family:[]
(# de niños en la hogar) (# de niños en Head Start/ Early Head Start) (Total en la Familia)

Household Members Dependent Upon Your Income: (Name and Date of Birth for all in the household)
(Miembros en la casa que dependen de tu salario de empleo): (Nombre y Fecha de nacimiento de todos los miembros del hogar)
*For Pregnant Women applying for Early Head Start, include unborn child & estimated date of birth
(Mujeres embarazadas, incluya el niño por nacer y la fecha estimada de nacimiento)

<u>Name</u> (Nombre)	<u>Date of Birth</u> (Fecha de nacimiento)	<u>Relationship to Child</u> (Relación con el niño)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Emergency Contact: Full Name _____
(Contacto de Emergencia: Nombre Completo)

Address: _____
(Dirección)

Telephone Numbers: Home: () _____ Other: () _____
(Números de teléfono) (casa) (otro)

Relationship to Child: _____
(Relación con el niño)

Part 4: INFORMATION FOR SPECIAL SCREENING

(Información for evaluación especial)

DOES THE CHILD APPLYING FOR THE PROGRAM SHOW ANY SIGNS OF THE FOLLOWING:

(El niño que aplico para el programa ha demostrado algunos de los síntomas a continuación):

_____ Speech and Language Impairment _____ Mental Retardation _____ Hearing Impaired _____ Abuse/Neglect
(Problema de Habla o Lenguaje) (Retardación Mental) (Problemas Auditivos) (Abuso/Negligencia)

_____ Visual Impairment/Blindness _____ Impairment of Motor Function _____ Severe Emotional Disturbance
(Problemas Visuales/ceguera) (Problemas de la Función Motora) (Disturbio Emocional Severo)

_____ Health Impairment (Specify)
_____ Problema de Salud (especifique)

Has the child been professionally diagnosed as having any of the above: Yes [] No [] If yes, by whom _____
(El niño/a ha sido diagnosticado profesionalmente) (Si es sí, por quien)

Part 5: GENERAL CONSENT

I, _____ agree/permit The Leaguers Inc. to,

Yo estoy de acuerdo y permito a The Leaguers, Inc de:

- **allow agency staff to make home visits during the school year at my convenience** Yes [] No []
permitir que el personal de la agencia para hacer visitas a domicilio durante el año escolar a mi conveniencia
- ****my child will maintain 85% of attendance each month and will not miss more 1 day a month.**
****Mi hijo mantendrá el 85% de asistencia cada mes y no perderá más que 1 día al mes.** Yes [] No []
- **my child may go on all field trips taken by the program, provided that I have received information about the specific trip, date, destination, time of departure and return prior to each trip. I understand that children will be accompanied by teachers, aides, and volunteers, and that I may choose to attend also** Yes [] No []
mi hijo puede ir de excursión designadas por el programa, a condición de recibir información sobre el viaje específico, fecha, destino, hora de salida y regreso antes de cada viaje. Entiendo que los niños serán acompañados por los profesores, ayudantes y voluntarios, así mismo que puedo optar por asistir también.
- **The Leaguers Head Start Program has the absolute right and permission to copyright and/or publish the photographic portraits or pictures of my child** Yes [] No []
el programa Leaguers, Inc. Head Start tiene el derecho absoluto y el permiso de derechos de autor / o publicación de los retratos fotográficos o fotografías de mi hijo.
- **I authorize the release of any medical information to process this application** Yes [] No []
Yo autorizo la entrega de cualquier información médica para procesar esta solicitud.
- **Development screening** Yes [] No []
Evaluación del desarrollo

I have read the foregoing, and the above answers and the answers given to the interviewer for the data entry system are true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that if any of this information changes, or is found to be incorrect, I am obligated to notify the program immediately. I understand that the information provided above will remain strictly confidential.

Certifico que he leído y contestado las preguntas anteriores con la información verídica y correcta según mi conocimiento. Entiendo que he de notificar cualquier cambio de información o informar cualquier información incorrecta inmediatamente. Entiendo que la información contenida en este documento es estrictamente confidencial.

Signature of Parent/Guardian
(Firma del Pariente/Tutor Legal)

Signature of Interviewer
(Firma del Entrevistador)

Use Only for Early Head Start Child Care Partnership

By signing below I understand and agree that:

- I have read the foregoing, and the above answers and the answers given to the interviewer for the data entry system are true and complete to the best of my knowledge and belief.
- I understand that if any of this information changes, or is found to be incorrect, I am obligated to notify the program immediately.
- The information provided above will remain strictly confidential
- I have been informed and am aware that, once enrolled, my child/children are eligible to remain in the program until the child ages out.
- I understand if my child care subsidy is interrupted or lost, I will work with the program to regain my subsidy.

Al firmar certifico que he entendido y estoy de acuerdo que:

- He leído las contestaciones anteriores y según mi conocimiento la información proporcionada a mi entrevistador es verídica y correcta.
- Entiendo que si alguna de esta información cambia, o resulta ser incorrecta, estoy obligado a notificar al programa inmediatamente.
- Entiendo que la información contenida en este documento es estrictamente confidencial.
- He sido informado y soy consciente de que una vez inscrito mi hijo(a) / hijos son elegibles para permanecer en el programa hasta que el niño tenga edad para entrar a un kindergarten.
- Entiendo que si el subsidio de cuidado infantil de mi hijo(a) se interrumpe o lo pierde; voy a trabajar con el programa para recuperar la cobertura.

Signature of Parent/Guardian
(Firma del Pariente/Tutor Legal)