



Head Start Family Day Care

3295 Fulton Street, 1st Floor
Brooklyn, NY 11208
(718) 235-3949

Aplicación de matriculación

FECHA: / /

A

1. Nombre del Padre/Madre

2. Dirección Zona Postal/

2A. ¿Entre que calles vive?

3. Teléfono Particular 4. Teléfono del Trabajo

5. Número de Celular (si tiene)

7 Corre electrónico de Padre (si tiene)

8. Nombre del Niño/a

8.A Fecha de Nacimiento del niño/a

9. Nombre de la Persona para llamar en caso de emergencia

→ 10. Numero de Teléfono

11. ¿Sí es ciudadano, esta registrado/a para votar? Sí No

¿Sí no, le gustaría registrarse aquí? Sí No

B

12. ¿Tiene su niño/a problemas relacionados con la salud medica o mental? Sí, es **SÍ** explique.

13. ¿Su niño/a tiene algunas incapacidades diagnosticadas o sospechadas? Sí, **SÍ** por favor explique

14. ¿Tiene su niño/a una facilidad medica (hospital, clínica o oficina de doctor privado) donde el /ella es visto/a regularmente? **Si**, es si, por favor escriba el nombre, si **NO** explique: _____

15. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en el hogar? _____

16. ¿Qué idioma de instrucción prefiere para su niño/a?

Español Ingles Bilingüe (Ingles y Español)

17. ¿Cuál es la raza de su niño/a? (opcional)

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Negro/Africano | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de Islas Pacifica | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

18. ¿Está trabajando? **SI** **NO** ¿Sí es si, cual es el nombre de la compañía y su posición?

¿Cual es su horario? _____

18 A. ¿Esta asistiendo a la escuela? **SÍ** **NO** ¿Sí es sí, Nombre de la escuela, su curso de estudio y su horario? _____

19. Abajo liste los nombre, edad y relación de todas las personas que viven en su casa Incluyéndose a si mismo.

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

20. ¿Algunos de los adultos nombrados en la aplicación arriba están empleados? **SÍ** **NO**
 ***Si la respuesta es sí, necesitaremos que muestre la prueba de ingreso de esa persona.

21 Yo, _____ verifico que toda la información de arriba es
 (Nombre)

correcta y verdadera. Si por alguna razón se descubren que la información no es existente, los servicios proveído por la CHCCC **serán** suspendidos

Firma _____ Fecha: _____



PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL

Documentos de ingreso incluyen:

- Acta de Nacimiento S.S. W-2 1040 186D Prueba de dirección
- Talonario de pago Carta del Empleador 548C Recibo de Asistencia Pública
- Carta notariada verificando desempleo Otro documento: _____

Lugar de preferencia: Head Start Family Day Care

Verificado por: _____ Día: _____

Numero de miembros en la familia _____ Ingreso del Año \$ _____

Elegible No Elegible (Razón) _____



Cypress Hills Child Care Corporation
Head Start Family Day Care
3295 Fulton St
Brooklyn, NY 11208

Parents can place application when the child is 2.6 years old and if qualify we will call when after the child turns 3yrs old.

Los niños pueden ser registrados cuando tengan 2.6 años de edad y serán puesto en la lista de espera. Cuando cumpla los 3 años y se habrá un espacio será llamado.

Required Documents Documentos Requeridos

- 1.) Child's Birth Certificate / *Acta de Nacimiento del niño/a*
- 2.) Both Parent's Proof of Income/ Verificación de ingreso de ambos padres
If parents are not together but provide child support, we will need a notarize child support letter. *Si los padres están separados se necesitara que nos provea una carta notarizada verificando la mantención del niño/a*
- 3.) Families Proof of Address (bills under your name) / *Prueba de dirección (facturas en su nombre)*
- 4.) If your child is receiving any therapy please add a copy of your child's last evaluation. *Si su niño/a recibe alguna terapia favor de añadir la copia de la evaluación mas reciente de su niño/a*

Applications are taken Monday through Friday from 9-5pm, for more information please contact our office at (718) 235-3949.

Las aplicaciones son aceptadas lunes a viernes de 9-5pm, para más información favor de contactarse con nosotros al (718) 235-3949.