



BELONGING CHILD CARE CENTER

ENROLLMENT APPLICATION

PROGRAM OPTION: TO BE COMPLETED BY STAFF
OPCIONES DEL PROGRAMA: COMPLETADO POR UN MIEMBRO DEL PERSONAL

DATES:

INTAKE DATE: ENROLLMENT DATE: ENTRY DATE:

DROP DATE: RE-ENROLL DATE: COMPLETION 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: City: Zip code: (Dirección)

Email Address @

Telephone Numbers: Home: (casa) Other: (otro) (Números de teléfono) (Información del Niño)

- Are you currently employed: Yes [] No []
Are you currently in school: Yes [] No [] Highest Level of Education completed:
Are you or anyone in the household in the military/active duty/ veteran Yes [] No []
Family Type: Single [] 2 Parent/Guardian [] Foster Family []

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: []
 (# de niños en la hogar)

Number of Entering Preschool : []
 (# de niños en Prescolar)

Total in Family: []
 (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)

<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: _____ **City:** _____ **Zip Code:** _____
 (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 Belonging Childcare Center to,

Yo estoy de acuerdo y permito a Belonging Childcare Center 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 be in attendance in the program every day that he/she is able** Yes [] No []
- mi hijo va a estar presente en el programa todos los días que él / ella siempre que sea capaz
- **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.
- **Belonging Childcare Center has the absolute right and permission to copyright and/or publish the photographic portraits or pictures of my child** Yes [] No []
- el programa Belonging Childcare Center 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 Belonging Childcare Center

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)

