

**COMMUNITY PROGRESS COUNCIL, INC.**  
**EARLY HEAD START/HEAD START OF YORK COUNTY**

**EARLY HEAD START**  
 339 E. COTTAGE PLACE, YORK PA 17403  
 PHONE: 717-846-4600 EXT. 266  
 FAX: 717-668-8521

**HEAD START**  
 226 EAST COLLEGE AVENUE, YORK, PA 17403  
 PHONE: 717-846-4600 EXT. 266  
 FAX: 717-848-3054

**APLICACION PARA MADRES EMBARAZADA/NINOS**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje primario:  Inglés  Español  Orto \_\_\_\_\_

**Información de padre/guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si diferente del niño): \_\_\_\_\_  
 Por favor ponga lo más números de contacto posible:

Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3	Email
-------------	-------------	-------------	-------

El mejor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_  
 Horas en trabajo/escuela por el día: \_\_\_\_\_ Meses consecutivos de empleo: \_\_\_\_\_

**Información de padre/guardián**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si diferente del niño): \_\_\_\_\_  
 Por favor ponga lo más números de contacto posible:

Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3	Email
-------------	-------------	-------------	-------

El mejor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_  
 Horas en trabajo/escuela por el día: \_\_\_\_\_ Meses consecutivos de empleo: \_\_\_\_\_

Tamaño de familia:  ¿Estas embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de dar a luz: _____	¿Estuvo su niño en otro programa de Head Start? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Si, adonde: _____	Tipo de ingresos: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Orden de custodia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ¿Tienen un caso con la agencia de Niños, jóvenes, y familias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Por favor de traer prueba de embarazo en el momento del a su cita inicial.	En su cita inicial se le pedirá la siguiente información: Comprobante de ingresos Certificado de nacimiento Tarjeta de seguro social Tarjeta de seguro medico Físico/ registros de inmunización		¿Es hijo de acogida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ¿Tienes derechos educativos y médicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**¿Cómo se enteró de nuestro programa? (Marque uno por favor)**

**Familia/Amistad      Folleto      En persona      Evento de la Comunidad      Referido por una agencia social o su doctor      Orto**

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED BY STAFF ONLY

Attempts to contact for enrollment 1 <sup>st</sup> Attempt: _____ 2 <sup>nd</sup> Attempt: _____ 3 <sup>rd</sup> Attempt: _____	Processed: Initials _____ Date ____/____/____
--	---