



EARLY HEAD START & HEAD START
PRE-REGISTRATION FORM

Administrative Offices
106 North Broadway, White Plains, NY 10603
(914) 422-8100 or 358-5776 • Fax (914) 358-9866

ELIGIBILITY: \_\_\_
FID: \_\_\_\_\_
CID: \_\_\_\_\_
DONE BY: \_\_\_\_\_
DATE: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Intake Done At: Office [ ] Home [ ] Center [ ] Other [ ]

Head Start & Early Head Start is a federally funded program which is at "no cost" for White Plains School District residents with children of three (3) and four (4) years of age and are income eligible. Complete and return this form with the following:

- 1. Your Child's Birth Certificate.
2. Three (3) Most Recent Consecutive Pay Stubs, a Letter from Your Employer, DSS Budget Sheet or Income Tax Return Form.
3. Proof of Address.

Child's Name or Expectant Parent: \_\_\_\_\_ Nick name or Alias: \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex: Male [ ] Female [ ]

Name(s) of Parent(s)/Guardian: Mother: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Father: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Foster/ Kinship Foster Parent (s): Yes [ ] No [ ]

Home Address: \_\_\_\_\_
(Number/Street) (City) (State) (Zip)

Mother's Home Telephone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Father's Home Telephone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Mother's Email Address: \_\_\_\_\_ Father's Email Address: \_\_\_\_\_

Mother's Health Insurance: \_\_\_\_\_ Father's Health Insurance: \_\_\_\_\_

Living Conditions: Adequate [ ] Crowded [ ] Substandard [ ] Temporary [ ] Homeless [ ]

Please provide Additional Addresses for separated/divorced families, custodial or foster families:

\_\_\_\_\_
(Number/Street) (City) (State) (Zip)

If telephone number provided is not that of parent/guardian listed above, please enter name and relationship of person who might answer:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Child's Primary Language: \_\_\_\_\_ Secondary Language: \_\_\_\_\_

Primary Language of Family Spoken at Home: \_\_\_\_\_ Secondary Language: \_\_\_\_\_

Child's Ethnic Identity: Hispanic/ Latino Origin [ ] Non-Hispanic/Non-Latino Origin [ ]

Child's Race Identity: *Please check one.*

<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native (family origin/indigenous in Central, South, or North America)	<input type="checkbox"/> Asian
<input type="checkbox"/> Pacific Islander (family origin/indigenous in Hawaii, Guam, Pacific Islands)	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> White (family origin/indigenous in Europe, Middle East, North Africa)	<input type="checkbox"/> Please specify:
<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Unspecified/Decline
<input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial (2 or more origins)	

Please Check All That Apply To Parents:

Mother: Employed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> # of Hours _____	In School? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	In Training? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mother's Highest level of Education:		
Father: Employed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> # of Hours _____	In School? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	In Training? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Father's Highest Level of Education:		

Total Number in Household: \_\_\_\_\_ # of Adults: \_\_\_\_\_ # of Children: \_\_\_\_\_

Weekly Gross Income: Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Total Income (Per Month) \$ \_\_\_\_\_

Monthly Child Support Payments: Yes  No  If Yes, How much per week \$ \_\_\_\_\_ Rental Income: \_\_\_\_\_

TANF (Public Assistance) Recipients: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SSI (Disability Benefits) Recipients: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Food Stamps: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	WIC: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SNAP: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Section 8: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicaid <input type="checkbox"/> # _____

Involvement with Early Intervention /CPSE: Yes  No

EI  CPSE  Both

Is There an IFSP/IEP: Yes  No  Can We Have a Copy: Yes  No

Type of Services: Speech  SEIT  OT  PT  Counseling  Other  \_\_\_\_\_

Name of On-Going Service Coordinator: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Name of CPSE School District: \_\_\_\_\_

Is your child in Foster Care: Yes  No

Do you have any concerns about your child? \_\_\_\_\_

Has an immediate family member been faced with any of the following in the last two (2) years:

Drug Or Alcohol Abuse: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Child Abuse/Neglect: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Divorce/Death in The Family: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Domestic Violence: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Incarceration of a Parent/Military Deployment/Deportation: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Serious Medical Nature: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Order Of Protection/Order Of Restraint: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Open CPS Case: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Which program are you interested in enrolling in?

Early Head Start Home-Based  Early Head Start Center-Based  Head Start Program

Have you had any other children In any of our other programs? Yes  No

If Yes, which one? Home-Based  Early Head Start  Head Start Program

Child Name: \_\_\_\_\_ Name of Center: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Return All Documents By: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Admitted: _____	Assigned Center: _____	Session: _____
Interviewer: _____	Date Withdrawn: _____	
Eligibility: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 130% <input type="checkbox"/> Over		
Transition From: <input type="checkbox"/> EHS Home-Based to Center-Based <input type="checkbox"/> Transition from EHS to HS <input type="checkbox"/> Referral from PT to HS		
<input type="checkbox"/> Pre-Reg. <input type="checkbox"/> Birth Cert. <input type="checkbox"/> Proof Res. <input type="checkbox"/> Add. Verified <input type="checkbox"/> Sel. Crit. <input type="checkbox"/> FCP Notes <input type="checkbox"/> Income Documents Accepted		
<input type="checkbox"/> Income Verification signed <input type="checkbox"/> Employer Called <input type="checkbox"/> Medical Given <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Wait List Letter		
<input type="checkbox"/> H _____ <input type="checkbox"/> PT _____ (A _____ B _____ C _____)		





# EARLY HEAD START & HEAD START FORMULARIO DE PRE INSCRIPCION

ELIGIBILITY \_\_\_\_\_

FID: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

DONE BY: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Admisión hecha en: Oficina  Casa  Centro  Otro

Head Start & Early Head Start es un programa financiado por el gobierno federal, el cual "no tiene ningún costo" para los residentes del Distrito Escolar de White Plains con niños de tres (3) y cuatro (4) años de edad, quienes son elegibles con sus ingresos. Complete y devuelva este formulario con los siguientes documentos:

1. El certificado de nacimiento de su hijo
2. Tres recibos de cheques consecutivos recientes, carta del empleador, hoja de presupuesto del Departamento de Servicios Sociales (DSS) o la declaración de impuestos y
3. Comprobante de domicilio.

Nombre del niño/a o Madre embarazada: \_\_\_\_\_ Apodo o alias: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Femenino  Masculino

Nombre de los padres/guardián: Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hijo/a de crianza/Padre/Madre de crianza: Si  No

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_  
(Número/Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de la casa de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la madre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud de la Madre: \_\_\_\_\_ Seguro de Salud del Padre: \_\_\_\_\_

Condiciones de vida: Adecuada  Repleto/demasiada gente  Deficiente  Temporal  Sin hogar

Por favor proporcione direcciones adicionales para las familias que están separadas/divorciadas, que tienen la custodia o familias adoptivas:

\_\_\_\_\_  
(Número/Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Si el número de teléfono proporcionado no es del padre/madre listado en la parte de arriba, por favor ingrese el nombre y la relación de la persona quien pueda contestar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Idioma principal del niño: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

Idioma principal que la familia habla en la casa: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

Identidad étnica del niño: Hispano/ de origen latino

No hispano/no de origen latino

Raza que identifica al niño: Por favor maque una casilla.

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Origen familiar/indígena del Centro, Sur y América del Norte)	<input type="checkbox"/> Asia
<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico (Origen familiar/indígenas de Hawaii, Guam, Islas del pacífico)	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Blanco (Origen familiar/indígenas de Europa, del Medio Oriente, Norte de África)	<input type="checkbox"/> Por favor especifique:
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Sin especificar/rehusar
<input type="checkbox"/> Bi- racial/ Multi- racial (de 2 o más orígenes)	

Por favor marque todas las casillas que se aplican a los padres:

Madre: Empleada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> # of horas _____	En colegio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En capacitación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel de educación más alto de la madre:		
Padre: Empleado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> # of Horas _____	En colegio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En capacitación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel de educación más alto del padre:		

Número total de personas en la familia: \_\_\_\_\_ # de adultos: \_\_\_\_\_ # de niños: \_\_\_\_\_

Ingreso bruto semanal: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_ Ingreso total (por mes) \$ \_\_\_\_\_

Pagos de manutención infantil mensual: Si  No

En caso

afirmativo, Cuánto por semana \$ \_\_\_\_\_ Ingreso de alquiler \_\_\_\_\_

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Asistencia Pública) Beneficiarios Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ingreso del Seguro Social Suplementario (Beneficios por discapacidad) Beneficiarios Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cupones de Alimentos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SNAP: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños WIC: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Programa de Ayuda para el Alquiler (Section 8): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicaid <input type="checkbox"/> # _____

Participación con Intervención Temprana (EI)/ Comité Pre Escolar de Educación Especial (CPSE): Si  No

EI  CPSE  Ambos

Hay un Plan de Servicios Familiares Individualizados/ Programa de Educación Individualizada (IFSP/IEP):

Si  No  Podemos tener una copia: Si  No

Tipo de servicios: del Habla  Maestro/a de Educación Especial  Terapia Ocupacional

Terapia Física  Consejería  Otro  \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador/a de los Servicios que está recibiendo: \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Distrito Escolar del Comité Pre Escolar de Educación Especial (CPSE) \_\_\_\_\_

Esta su niño en un hogar de crianza temporal: Si  No

Tiene usted alguna preocupación acerca de su hijo/a? Si  No

Un miembro de la familia ha enfrentado alguna de las siguientes situaciones en los últimos dos (2) años?

Abuso de drogas o de alcohol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Negligencia/Abuso del Niño: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Divorcio/Muerte en la familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Violencia Intrafamiliar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Encarcelamiento de uno de los padres/ Servicio Militar/Deportación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Condición médica grave: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Orden de Protección /Orden de Restricción: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Un caso abierto con la Agencia de Servicios de Protección del Niño (CPS): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En cuál programa está usted interesado para inscribirse?

Basado en el Hogar  Early Head Start  Head Start

Ha tenido usted otro niño en alguno de nuestros programas? Si  No

En caso afirmativo, Cuál? Basado en el Hogar  Early Head Start  Head Start

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Cómo supo acerca de nosotros?

Volante  Otras personas  El periódico  La página del sitio web de "FSW"  Otro  \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Documentos recibidos por: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA**

Fecha de admisión: _____ Centro asignado: _____ Sesión: _____
Entrevistador _____ Fecha de retiro de la aplicación: _____
Elegibilidad: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 130% <input type="checkbox"/> Sobre el límite de los ingresos
Transición de: <input type="checkbox"/> EHS Basado en el Hogar para el Centro de EHS <input type="checkbox"/> Transición de EHS para HS <input type="checkbox"/> Referido/remisión de PT para HS <input type="checkbox"/> Pre-Reg. <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento. <input type="checkbox"/> Prueba de residencia. <input type="checkbox"/> Verificación de dirección <input type="checkbox"/> Criterio de Selección. <input type="checkbox"/>
Notas de las trabajadoras familiares <input type="checkbox"/> Documentos de ingreso aceptados <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de ingresos firmado <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se llamó al empleador <input type="checkbox"/> Se entregó el paquete médico <input type="checkbox"/> Examen médico <input type="checkbox"/> Examen dental <input type="checkbox"/> Carta de lista de espera

