

# 2023 Child Care and Prek Application

<b>Primero Progenitor:</b>	<b>CENTER USE ONLY</b>
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	APP FEE DATE: _____
Dirección: _____	STAFF INITIALS: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	ADMISSION DATE: _____
Correo Electrónico: _____	ROOM: _____
Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____	SCHEDULE: _____
Cell #: _____ Seguro Social: _____	COMMENTS: _____
Mayor Nivel de Educación Completado: _____	
<b>Segundo Progenitor:</b>	
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
Correo Electrónico: _____	
Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____	
Cell #: _____ Seguro Social: _____	
Mayor Nivel de Educación Completado: _____	

<b>Child:</b>	Schedule:
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____	<input type="checkbox"/> child care only
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____	IN OUT
Seguro Social: _____	M _____ <input type="checkbox"/> drop-in only
Sexo: Masculino Femenina	T _____
Etnia: _____ Hispano(a)/Latino(a) _____ No Hispano(a)/Latino(a)	W _____ <input type="checkbox"/> preschool only
Raza: Blanco(a) Negro(a)/Afroamericano(a). Indio Americano(a) o Nativo de Alaska: _____	Th _____ AM PM
Asiático(a) Nativo de Hawii Otro isleño del Pacífico	F _____ <input type="checkbox"/> child care/prek
¿Qué idioma se habla en su casa? Inglés Otro (Especifique) _____	

Liste los nombres de TODOS los miembros del hogar	Ingresos mensuales del trabajo (antes de deducciones)	Bienestar mensual pensión alimenticia, e	Beneficios de Seguro Social Mensual, etc. Otro Ingreso

**Contacto de Emergencia/Persona autorizada para el recojo:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Segundo Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al/a la niño(a): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia:    Sí    No Autorizado a Recoger:    Sí    No

**Contacto de Emergencia/Persona autorizada para el recojo:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Segundo Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al/a la niño(a): \_\_\_\_\_

Emergency Contact:    Yes    No Authorized to Pick up:    Yes    No

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