

CHILD INFORMATION (Legal Names)

Last First Middle Related To Birthdate Sex: M F Language Health Insurance: T-19 - Hawk-I Private None Title 19/Health Ins Number:
 Address: City State ZIP Mailing Address if Different: Work # ()
 Telephone Number: () Cell # () Message # ()
 Race: Asian Black Hispanic Native White Other:

Adult Family Information:

Last Name	First	Middle	Race	Birthdate	Sex:	Language	Education Level	Amount of Pay	Freq. Of Pay	W=Weekly Bi=Biweekly Tw=Twice Mo M=Monthly A=Annual	Employment Status/Employer
A01					M F						
A02					M F						
A03					M F						

Other Children in Family:

Last Name	First	Middle	Race	Birthdate	Sex:	Related to	Relationship	Education
C02					M F			
C03					M F			
C04					M F			
C05					M F			
C06					M F			
C07					M F			

Number in Family: _____ Number in Household: _____

Parental Status: One Two Foster Non-parent
 Is any member of this family pregnant? No Yes Whom and Date Due _____

Were you referred to the program? No Yes (if yes, by whom?) _____

Are you involved in any of the following: TANF/FIP Promise Jobs WIC MCH U of IA Child Health AEA KIDS HUD Other _____

Does your child participate in any services: example: AEA - IFSP/IEP - Speech/Language Medical/Health Seasons Other: _____

Emergency Information: In case of an emergency or if you are unable to pick up your child, we request the following information:

Directions to your home: _____

Emergency Contact Person	Release Child To:	Name of Person:	Address/City:	Phone#	Relationship
Yes No	Yes No				
Yes No	Yes No				
Yes No	Yes No				

Physician's Name: _____ City: _____ Phone # _____
 Dentist's Name: _____ City: _____ Phone # _____

Office Use Only:

Elig. Parent St. Pts: _____
 Elig. Disab. Pts: _____
 Eligible Incom. Pts: _____
 Elig. Other Pts: _____
 Total Elig. Pts: _____
 Income Verified: Yes No
 By: W2 CK Sub Letter
 Tax Return Other _____

Verifying Staff Member: _____ Date: _____

Certification: I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's program may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____

INFORMACION DEL NIÑO(A) (Nombre Legal)

Apellido	Nombre	Segundo	Fecha de Nacimiento	Sexo	Lenguaje	Seguro de Salud:	Título 19/Número de Seguro de Salud:
				M F	T-19 - Hawk-1	Private None	

Domicilio: _____ # Cell () _____ Estado _____ Código Postal _____ #Mensajes () _____
 Raza: Asiatico Negro Hispano Nativo Blanco Otro: _____ # Trabajo() _____

Información de los Adultos en la Familia

Apellido	Nombre	Segundo	Raza	Fecha de nac.	Sexo	Lenguaje	Nivel Educación	Cantidad Pago	Frecuencia	Jornada de Empleado/Empleador
A01					M F					W=Semana BW=Quincena m=C/dos mes M=Mensual A=Anual
A02					M F					
A03					M F					

Otros Niños en la Familia:

Apellido	Nombre	Segundo	Raza	Fecha de nac.	Sexo	Relacionado	Relación	Relacionado a:	Educación
C02					M F			B12=Dos Adultos	G9= hasta 9no. grado
C03					M F			A01= Adulto Primario	G10= hasta 10o. Grado
C04					M F			A02= Seguro Adulto	G10= más 10o. Grado
C05					M F			Relacion:	G12= hasta 12o. Grado
C06					M F			C=Hijo Natural	HGS=Escuela Superior
C07					M F			G= Nieto	CDL= Algo de colegio
					M F			F= Adoptado	CR= Título Colegio
					M F			N= Sobrina	
					M F			O= Otro	

Numero de personas en la Familia: _____ Numero de personas en el hogar: _____

Estatus de padres: Uno Dos Adoptivo No-padres SI _____ Quien y Fecha de Parto _____

Fue usted referido al programa? No SI (si es si, quien?) _____ Pomesa de trabajo WIC MHC Salud del Niño de U de IA AEA KIDS HUD Otro _____

Su niño/a participa en alguno de estos servicios: ejemplo: AEA - IFSP/IEP - Habla/Lenguaje Medical/Salud Seasons Otro: _____

Información de Emergencia: En caso de emergencia o si usted no puede recoger a su niño, requerimos la siguiente información:

Instrucciones de como llegar a su casa: _____

contacto de emergencia	Entregarle el niño(a)	Nombre de la Persona:	Dirección/Ciudad	Teléfono	Relación
SI NO	SI NO				
SI NO	SI NO				
SI NO	SI NO				

Nombre del Doctor:: _____ Ciudad: _____ # de Teléfono _____

Nombre del Dentista: _____ Ciudad: _____ # de Teléfono _____

Certificación: Yo certifico que toda la información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia podría ser terminado y yo me sujeto a acción legal. Y tambien entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencia dentro de la agencia y esta disponible para mi durante horas laborales.

Firma del Padre/Guardian _____ **Fecha:** _____

Office Use Only:

Elig Parent Sit: Pts: _____

Elig-Disab: Pts: _____

Eligible Income: Pts: _____

Elig. Other: Pts: _____

Elig. Age: Pts: _____

Total Elig. Pts: _____

Income Verified: Yes No

By: W2 CK Sub Letter

Tax Return Other

Verifying Staff Member: _____

Date: _____