

Children First Early Head Start Program Application

Date: _____

Primary adult name: _____ Date of Birth: _____

Parents in Household: Two parents Single parent Foster Parent
 Other (Relative/Guardian) _____

Program option you are applying for: Pre-natal Home-Based Family Childcare
 Center-Based

If applying for Family Childcare, are you? Employed In school Other _____

Please check all that apply: <input type="checkbox"/> Teen Parent <input type="checkbox"/> First Time Parent <input type="checkbox"/> "High Risk" Pregnancy Are you currently pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Baby's Due Date: ____/____/____
--

Child's Name: _____ Gender: Male Female

Child's Date of Birth: ____/____/____

Address: _____
Street City Zip Code

Best phone # to reach you: _____ (circle one: home/cell/work)

Other phone #: _____ (circle one: home/cell/work)

Can we text you? (circle one: yes / no) E-Mail Address: _____

In case your family moves during the application process, please list another person who would know how to contact you:

Name/Relationship: _____ / _____ Phone: _____

Total number of people living in the house where you live: _____

Total number of children in your family: _____

Language(s) you speak: English _____ Spanish _____ Zapotec _____ Other _____

How did you hear about the Children First EHS Program? _____

Do you already have a child enrolled in our program? If yes, child's name: _____

Does your child have a developmental delay? Yes No

If yes, is the delay diagnosed or suspected? (Please circle one.)

Does your child have an IFSP with Westside Regional Center? Yes No

Please explain: _____

If no, are you concerned about your child's health or development? Yes No

Please explain: _____

Please check all income and benefits received by your family:

INCOME: TANF/CalWorks _____ SSI _____ Child Support _____ Alimony _____ Unemployment _____
Workers Comp _____ Foster Child/Adoption Subsidy _____ Other Cash Assistance _____
Grants/Scholarships _____

BENEFITS: WIC _____ Food Stamps _____ MediCal/MediCare _____ Housing Assistance _____
Energy Assistance _____ CHIP _____ State-funded Childcare _____ Other _____

Please let us know any other issues or concerns you would like to share. (For example: your own health or mental health concerns, homelessness, domestic violence, drug use, depression, etc.)
You may attach another page if you would like:

****Please remember: In order to process your application, we need proof of your child's birth and your family's income for the past 12 months.***

_____/_____
Parent/Guardian Signature Date

_____/_____
Parent/Guardian Signature Date

Confidentiality Statement: All information shared with the Venice Family Clinic Children First EHS program will be kept strictly confidential, unless written authorization is obtained.

Non-Discrimination Clause: U.S. Federal Law prohibits the Venice Family Clinic Children First EHS program from discriminating on the basis of race, sex, age, color, national origin or disabilities in the provision of services and employment.

Please return your completed application

In person:	By fax:	By mail:
Emma Ramey Children First EHS Venice Family Clinic 2509 Pico Blvd Santa Monica, CA 90405	Attn: Emma Ramey Children First EHS (310) 664-7589	Venice Family Clinic Children First EHS Attn: Emma Ramey 604 Rose Ave Venice, CA 90291

For questions or assistance call Emma at (310) 664-7536



Aplicación para el Programa Primero los Niños de Early Head Start

Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre(s) en el Hogar: Dos Padres Padre Soltero Padre Adoptivo
 Otro (Familiar/Tutor) _____

¿Para cuál opción está usted aplicando? Prenatal Con base en el Hogar Cuidado Infantil Familiar
Si está aplicando para el Cuidado Infantil, usted está: Empleado En la Escuela Otro

Por favor, marque lo que se aplica: <input type="checkbox"/> Madre adolescente <input type="checkbox"/> Madre por primera vez <input type="checkbox"/> Embarazo de alto riesgo ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual es la fecha que espera que nazca su bebe: ____/____/____

Nombre de su Hijo/a: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento de su hijo/a: ____/____/____

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Número de Teléfono de Preferencia: _____ (circule uno: hogar/celular/trabajo)

Otro número de Teléfono: _____ (circule uno: hogar/celular/trabajo)

En caso su familia cambie su domicilio durante el proceso de aplicación, por favor nombre a otra persona que podría localizarle:

Nombre/relación: _____ / _____ Teléfono: _____

Número total de personas viviendo en el hogar donde usted vive: _____

Número Total de Niños en la Familia: _____

Lenguaje(s) que hablan: Ingles _____ Español _____ Zapoteca _____ Otro _____

¿Como escuchó del Programa Primero los Niños de EHS? _____

¿Ya tiene un hijo(a) inscrito en el programa? Si afirmó, cual es su nombre _____

¿Tiene su hijo algún retraso en su desarrollo? Sí No

Si es afirmativo, ¿el retraso ha sido diagnosticado o se sospecha (circule uno)

¿Tiene su hijo una IFSP con el Centro Regional del Oeste? Sí No

Por favor explique: _____

Si no, ¿Está usted preocupado por la salud o desarrollo de su hijo/a? Sí No

Por favor explique: _____

Por favor indique los ingresos y beneficios que su familia recibe:

INGRESOS: TANF/CalWorks _____ SSI _____ Pensión _____ Desempleo _____
Manutención de Niños _____ Compensación Laboral _____ Ayuda Financiera Escolar _____
Subsidio para niños adoptivos _____ Otro tipo de asistencia en efectivo _____

BENEFICIOS: WIC _____ Estampillas para alimentos _____ MediCal/MediCare _____
Asistencia para vivienda _____ Asistencia para el pago de energía _____ CHIP _____
Cuidado infantil subsidiado por el estado _____ Otro _____

Por favor indique otras cosas que le preocupen o que quiera compartir con nosotros (Por ejemplo: Su salud y bienestar físico o emocional, si carece de vivienda, historia de violencia doméstica, uso de drogas, depresión, etc.) *Puede agregar otra página si necesita.*

***Por favor recuerde: Para poder procesar su aplicación, necesitamos prueba del nacimiento de su hijo/a, prueba de su dirección, y de los ingresos de su familia durante los últimos 12 meses.**

_____/_____
Firma de el padre o guardián Fecha

_____/_____
Firma del padre o guardián Fecha

Confidencialidad: Toda información compartida con el Programa Primero los Niños de EHS de la Clínica Familiar de Venice, se mantendrá estrictamente confidencial, a menos que usted provea una autorización por escrito.

No Discriminación: Las leyes federales de los E.U. prohíben que el Programa Primero los Niños de EHS de la Clínica Familiar de Venice discrimine en la distribución de servicios y empleo debido a la raza, sexo, edad, color, origen/nacionalidad e incapacidades

Aplicaciones completadas pueden ser enviadas a:

En persona:	Por medio de un facsímile:	Por correo electrónico:
Emma Ramey Children Frist EHS Venice Family Clinic 2509 Pico Blvd Santa Monica, CA 90405	Attn: Emma Ramey Children First EHS (310)664-7589	Venice Family Clinic Children First EHS Attn: Emma Ramey 604 Rose Ave Venice, CA 90291

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame a Emma al (310) 664-7536