

Child Name/Nombre de niño : _____ Center/Centro : _____

Eligibility Paperwork Needed!/Documentacion de elejibilidad requerido

(Missing check marks means we need that paperwork/cualquier lugar que no este marcado significa que es le que necesitamos)

☐

Intake application
Solicitud de admision

☐

Employment Verification form for Parent 1
Verificación de empleo de los dos padres

☐

Employment Verification form for Parent 2
Verificación de empleo de los dos padres

☐

9600a Child Care Data Collection/*Informacion colectiva de cuidado de ninos*
Needs to be signed by the Head of Household (usually this is the Father)/*necesita de ser firmada por el jefe de familia(usualmenle es es padre)*

☐

Family Size Declaration
Declaracion del tamano de la familia de los Padres.

☐

Current Health Physical and Dental Exam
Salud física actual Completado

☐

Current Immunization Record for Child
Copia actual de la tarjeta de vacunas

☐

Birth Certificates of all children in the house under 18
Copia de actas de nacimiento de todos los niños viviendo en el hogar menores de 18 anos.

☐

Income Paystubs from all sources for the **LAST 30 days**.

*Talónes de pago, Verificación de ingresos de todas las Fuentes **de los últimos 30 días** de todos los padres. Si no ingresos, firma una documento Cero Ingresos.*

☐

Please tell us if you collect any or all of the following services:

CASH AID/ CALWORKS/ TANF, FOODSTAMPS, MEDICAL

*Por favor dejenos saber si usted toma cualquiera de los servicios mencionados
Aduda monetarea/calworks/tanf/estampillas o medical*

Please return to the preschool or **IMACA at 180 Clarke St., Bishop, CA 93514. You can also fax to 760-872-5570 or email: jhembree@imaca.net**

Client Intake Form

Make sure both sides of this form are completed
or application can not be processed!

IMACA CDFS (Rev. 4/16) Shaded Areas for Official Use Only

Agency Location:		Intake Staff:		Intake Date:	
1 First Name (of Child)		Last Name		Sex	Age
Date of Birth					
Street Address		Unit #	City	County	State Zip Code
Mailing Address (if different than above)		City	County	State	ZIP Code
Telephone Number		Email		Total number of persons living in household including yourself	

Family Information						Ethnicity/ Race (Hispanic/ Not Hisp, Caucasian, Black, Asian, Native, Multi-Race, other)	Education (0-8 Grade, 9-12, HS Graduate, GED, Some Secondary, College Degree)	Other Characteristics (Disabled, Health Insurance, Migrant/ Farm/ Seasonal)
Name of Household Member	Age	Sex	Date of Birth	Relationship to Child				
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Household Information	Household Income Sources												
Mode of Transportation to school: A. ☐ Car B. ☐ Walk/Ride Bicycle C. ☐ Dial-a-ride D. ☐ Rides from family/friends	Enter total <u>gross</u> monthly income for <u>all</u> <u>persons</u> living in the household: No Income \$ _____ TANF \$ _____ SSI/SSP \$ _____ Social Security \$ _____ Pension \$ _____ General Assistance \$ _____ Unemployment \$ _____ Veterans Benefits \$ _____ Child Support \$ _____ 1 - Employment \$ _____ 2 - Employment \$ _____ 3 - Employment \$ _____ OTHER \$ _____ Total Monthly Income \$ _____ Annual Income \$ _____ Percentage of Poverty Level _____ %												
Do you rent or own your home? A. ☐ Rent B. ☐ Own ☐ Other _____													
Family Type (check one) A. Single Parent/Female B. Single Parent/Male C. Two Parent Household D. Single Person E. Two Adults/No Children F. Other (Foster Family or Guardianship) G. Teen Parents (under 20) H. Single Teen Parent (under 20)													
Which Head Start/State Preschool do you live closest to? A. ☐ Lone Pine B. ☐ Clarke Street C. ☐ Little Promises D. ☐ Mammoth E. ☐ Lee Vining F. ☐ Coleville													
Education level for adults <table style="width:100%;"> <tr> <td>Adult 1</td> <td>Adult 2</td> </tr> <tr> <td>☐ 0-8</td> <td>☐ 0-8</td> </tr> <tr> <td>☐ 9-12/Non-Graduate</td> <td>☐ 9-12/Non-Graduate</td> </tr> <tr> <td>☐ High School Graduate/GED</td> <td>☐ High School Graduate/GED</td> </tr> <tr> <td>☐ 12+ Some Post Secondary</td> <td>☐ 12+ Some Post Secondary</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 or 4 year College Graduates</td> <td>☐ 2 or 4 year College Graduates</td> </tr> </table>		Adult 1	Adult 2	☐ 0-8	☐ 0-8	☐ 9-12/Non-Graduate	☐ 9-12/Non-Graduate	☐ High School Graduate/GED	☐ High School Graduate/GED	☐ 12+ Some Post Secondary	☐ 12+ Some Post Secondary	☐ 2 or 4 year College Graduates	☐ 2 or 4 year College Graduates
Adult 1	Adult 2												
☐ 0-8	☐ 0-8												
☐ 9-12/Non-Graduate	☐ 9-12/Non-Graduate												
☐ High School Graduate/GED	☐ High School Graduate/GED												
☐ 12+ Some Post Secondary	☐ 12+ Some Post Secondary												
☐ 2 or 4 year College Graduates	☐ 2 or 4 year College Graduates												

Applicants Statement: The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance with any IMACA program. I also understand that IMACA does not discriminate in the provision of services on the basis of race, color, national origin, disability, age, or sex. I certify that the information I have given is correct and is not provided with the intent to defraud and I am aware that any deliberate falsification of information will be grounds for immediate dismissal from any IMACA program. I hereby acknowledge that the information relating to the determination of my eligibility requires verification and/or documentation, and that by my signature I authorize all parties, whether agencies or individuals, to release any and all such information.

Applicant's Signature _____	Date _____	Witness' Signature (if signed with an X) _____
-----------------------------	------------	--

Client Intake Form

IMACA CDFS (Rev. 4/16) Shaded Areas for Official Use Only

**Esta forma debe de ser completada y firmada.
Asegurese que los dos lados esten
completados o la aplicacion no se ra
procesada.**

Agency Location:

Intake Staff:

Intake Date:

Nombre del Niño	Inicial Mediano	Apellido	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento (DOB)	
Dirección del Hogar		Unidad #	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección Postal (si es diferente a la anterior)			Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Número de Teléfono Alternativo		Email		Número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose usted.	

Los Miebros de la Familia (Padres y Niños menores de 18 años.)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco con el Solicitante	Étnico: Negro/no Hispano, Blanco/no Hispano, Hispano/Latino, Hawaiano/ Isleño del Pacifico, Americano Nativo o de Alaska, Asiático, otro, Multiétnico	Educación: Grado 0-8, 9-12, Graduado de la Escuela Preparatoria, 12 o Algunos Estudios, Título Universitario	Otras Características: Discapacitado, Tiene Seguro Medico, Agricultor, Trabajado Extranjero o Trabajador Agricola, Veterano
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Información del Hogar		Fuentes de ingresos de las personas que viven en el hogar
Mode de transporte a la escuela: A. ☐ Carro B. ☐ Camina/o en bicicleta C. ☐ Camionsito D. ☐ Su familia lo lleva	Usted renta o es dueño de su casa? ☐ Renta ☐ Dueño ☐ Otro _____	Escriba el total ingreso mensual, en bruto, de todas personas que viven en su casa. CASHAID/ TANF \$ _____ SSI/SSP \$ _____ Seguro social \$ _____ Pensión \$ _____ Asistencia general \$ _____ Desempleado \$ _____ Beneficios veteranos \$ _____ Manutencion del hijo \$ _____ 1 - Sueldo \$ _____ 2 - Sueldo \$ _____ 3 - Sueldo \$ _____ 4 - Sueldo \$ _____ OTROS \$ _____ Total de mensual \$ _____ Annual Income \$ _____ Percentage of Poverty Level _____ %
Tipo de Familia (marque solo una alternativa) A. ☐ Madre Soltero B. ☐ Padre Soltero C. ☐ Hogar con do Padres D. ☐ Persona Soltera E. ☐ Dos Adultos- ningún niño F. ☐ Padres menores de 20 años G. ☐ Padre soltero/a menor de 20 años H. ☐ Otro Familia acogida o tutela		
En cual Centro preschool vive mas cerca? A. ☐ Lone Pine B. ☐ Clarke Street C. ☐ Little Promises D. ☐ Mammoth E. ☐ Lee Vining F. ☐ Coleville	Niveles de educacion para adultos: Adulto 1 ☐ 0-8 ☐ 9-12/No Graduado ☐ Graduado de la secundaria/GED ☐ 12+ Algo de post-secundaria ☐ 2 o 4 anos de colegio graduados Adulto 2 ☐ 0-8 ☐ 9-12/No Graduado ☐ Graduado de la secundaria/GED ☐ 12+ Algo de post-secundaria ☐ 2 o 4 anos de colegio graduados	

Declaración de solicitante: La información en este solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda por programas de IMACA. Asimismo estoy entendido que IMACA no discrimina en el provisión de servicios en base a la raza, color, o nacionalidad, incapacitado por salud, edad, o sexo. Yo certifico que la información que yo he dado es correcta y no ha sido dada con la intención de defraudar, teniendo por entendido que cualquier deliberada falsificación de la misma ocasionara mi inmediata cancelación de cualquier programa de IMACA. Asimismo es de mi conocimiento, que la información relacionada a la determinación de mi elegibilidad requiere verificación y/o documentación, y que con mi firma estoy autorizando a quien corresponda sea agencias, grupo de personas o individuos a dar cualquier información que fuere necesaria.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo (si sea necesario)

Inyo Mono Advocates for Community Action (IMACA)
Client Intake Application

Child's Name: _____

How did you learn about Head Start / State Preschool? ☐ Radio ☐ Newspaper

☐ Sibling attended (Name / DOB): _____ What year did this sibling attend? _____

☐ Other _____

1. Does your child have an IFSP or IEP/ or receives services (Speech, worked with GSA)? ☐ Yes ☐ No If yes, please explain. _____

If your child has an IFSP or an IEP or works with a therapist, we will need a copy of the IFSP/ IEP/ Referral Letter.

2. Does your child have a chronic condition such as Asthma or require medication? ☐ Yes ☐ No If yes, please explain: _____

If your child has a chronic condition such as Asthma, they will need a signed doctor's explanation/diagnosis before beginning school.

3. Does your child have a special diet or any allergies (food, medication, inhaled, contact, insect)? ☐ Yes ☐ No If yes, please explain: _____

4. Are your child's immunizations Up-To-Date? ☐ Yes ☐ No **If no is your child on a immunization catch up schedul ☐ Yes ☐ No
If no explain: _____

If your child has any allergies or special diet, we will need a signed doctor's explanation/diagnosis before beginning school.

IMACA HS/SP requires that if your child is accepted into our program, your child must have a complete physical and up-to-date immunizations before the first day of school. If you require assistance in finding health insurance please initial here _____

Does this child have health insurance? ☐ None ☐ Medi-Cal ☐ Other: _____	Does this child have dental insurance? ☐ None ☐ Medi-Cal ☐ Other: _____
Insurance ID# _____	Insurance ID# _____
Doctor's Name: _____	Dentist's Name: _____
City: _____	City: _____
Date of child's last physical exam: _____	Date of child's last dental exam: _____

Do you collect any of the following services? If yes to any of these, please attach your DOCUMENTATION from these services

Food Stamps	Cash Aid/ CalWORKS/ TANF	Child Support	Unemployment/ Worker's Comp	Survivor Benefits	SSI Disability
			\$ _____	\$ _____	\$ _____

Case #: _____ Case Worker: _____ County: _____

WIC ☐ WIC ID#: _____

Which languages are spoken in your home? Mark all that apply.

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

Which languages does your child speak fluently?

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

What language do you prefer to be contacted in from IMACA (written)?

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

Head of Household This is the parent who claims head of household on your taxes. This parent will sign the Child Care Data Collection 9600a.

Head of Household: _____ Phone #: _____

Employer: _____ Work Phone #: _____

Full Time ☐ Part Time ☐ Seasonal ☐ Unemployed ☐ Self-Employed ☐ In School ☐ Name of school: _____

If you are unemployed or self-employed, please sign the Survey of Income and Expenses.

How well does Parent 1 speak English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

How well does Parent 1 read English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

How well does Parent 1 write English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

Parent 2: _____ Phone #: _____

Employer: _____ Work Phone #: _____

Full Time ☐ Part Time ☐ Seasonal ☐ Unemployed ☐ Self-Employed ☐ In School ☐ Name of school: _____

If you are unemployed or self-employed, please sign the Survey of Income and Expenses.

How well does Parent 2 speak English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

How well does Parent 2 read English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

How well does Parent 2 write English? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ Not at all

Nombre del Niño/a: _____

¿Como supo de Head Start/State Preschool? ☐ Radio ☐ Periodico

☐ El hermano/ La hermana que asistió (Nombre / Fecha de nacimiento): _____ ¿A qué año asistió? _____

☐ Otro: _____ ☐ _____

1. ¿Tiene su hijo(a) un IFSP ó IEP o recibe servicios (terapia de lenguaje, trabajo con GSA)? **No** ☐ **Sí**, ☐ por favor explique abajo:

Si su hijo tiene un IFSP o IEP o trabaja con un terapeuta, tendremos la necesidad de una copia del IFSP / IEP / carta de remisión.

2. ¿Su niño(a) tiene alguna condición crónica, como el asma que requiere seguimiento? ☐ **No** ☐ **Sí** por favor explique abajo:

Si su hijo tiene una enfermedad crónica, como asma, necesitaremos explicación/diagnóstico de un médico firmado antes de comenzar la escuela.

3. ¿Su niño(a) tiene alguna alergia (alimentos, medicamentos, que inhaló, contacto de piel, insectos)? ☐ **No** ☐ **Sí** por favor explique abajo:

4. Están actualizadas las vacunas de su hijo? ☐ No ☐ Si Si no, su hijo(a) esta en una lista para ponerse al corriente? ☐ Si ☐ No

Si no explique _____

Si su hijo tiene una alergia, necesitaremos explicación / diagnóstico de un médico firmado antes de comenzar la escuela.

Imaca HS/SP requiere que si su hijo(a) es acaptado(a) en nuestro programa, su hijo(a) debe tener un fisco y inmunizaciones completas y al corriente antes del primer día de clases. Si necesita ayuda para encontrar un seguro de salud, Iniciales aquí.

¿Su hijo(a) tiene seguro de salud? ☐ Nada ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families ☐ Otro: _____		¿Su hijo(a) tiene seguro dental? ☐ Nada ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families ☐ Otro: _____	
ID# _____		ID# _____	
Nombre del Médico: _____		Nombre del Dentista: _____	
Ciudad / Estado _____		Ciudad / Estado _____	
Fecha de último examen físico: _____		Fecha de último examen dental: _____	

¿Recibe cualquiera de los siguientes servicios? Si si a cualquiera de éstos, por favor, adjunte la documentación de estos servicios

Estampillas de comida	Cash Aid/ CalWORKS/ TANF	Manutencion/ Child Support	Desempleo/ Worker's Comp	Beneficios de sobreviviente	SSI Disability
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
# de caso: _____	Asistente Social: _____		Condado: _____		

☐ WIC Si recibe WIC, escriba su número de WIC: _____

¿Qué idiomas se hablan en casa?

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

¿Qué idioma prefiere ser contactado por escrito?

English ☐ Spanish ☐ Other ☐ _____

¿Que lenguaje prefiere ser contactado por IMACA?

☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otro

Jefe de unidad familiar (hogar)

Padre 1 Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

¿Dónde trabajas? _____ Número de Trabajo: _____

Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Estacional ☐ Desempleo ☐ Autónomo ☐ Estoy en la escuela en:

Si usted está desempleado o autónomo, por favor firme la encuesta de ingresos y gastos.

¿Que tanto habla Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

¿Que tanto lee Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

¿Que tanto escribe Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

Padre 2 Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

¿Dónde trabajas? _____ Número de Trabajo: _____

Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Estacional ☐ Desempleo ☐ Autónomo ☐ Asistir a la escuela en:

Si usted está desempleado o autónomo, por favor firme la encuesta de ingresos y gastos.

¿Que tanto habla Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

¿Que tanto lee Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

¿Que tanto escribe Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

Child's Name/ Nombre de nino

**Child Care Data Collection
Privacy Notice and Consent Form**

The United States Department of Health and Human Services (HHS) is gathering information about families who receive child care assistance. The information will be reported to the California Department of Education (CDE) and then to HHS. The information will be used for research on the status of child care in the United States and will provide valuable data to persons developing child care programs and policies at the state, local, and national levels.

All the information HHS receives about your family and other families will be summed up and reported to Congress every two years. No person or family will be individually identified in reports made to Congress, the Legislature, other governmental agencies, or the public.

To ensure that children and families receiving child care services are counted only once, HHS and CDE are requesting the Social Security Number of the head of the family unit receiving child care assistance. If you do not wish to give your Social Security Number for this purpose, you may still receive child care assistance. Social Security Numbers will help CDE meet HHS reporting requests and state requirements for program statistics. Authority to ask for your Social Security Number for this purpose is stated in Section 98.71(a)(13) of *Title 45 of the Code of Federal Regulations*, *Education Code* Section 8261.5, and Section 18070 of *Title 5 of the California Code of Regulations*. Your decision to provide your Social Security Number is voluntary.

I have been informed of the way my Social Security Number will be used. I understand that if I do not wish to give my number, I can still receive child care assistance.

- ☐ Yes, my Social Security Number may be used: _____
- ☐ No, I do not wish to give my Social Security Number for this purpose.

Signature of the **HEAD OF HOUSEHOLD**

Date

Type or Print Name

If desired, you can request a copy of this form. You have the right to access records containing your personal information. For information about this system of records, contact the California Department of Education, Child Development Division, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814; telephone (916) 445-1907.

Nombre de niño _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA
Form CD 9600A, (Rev. 01/04)

Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del Título 5 del Código de Regulaciones de California. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social.

Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

☐ SÍ, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

☐ NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

Firma del jefe o jefa de familia

Fecha

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

Usted tiene derecho a acceder a los registros que contengan su información personal. Para obtener más información sobre este sistema de registros, comuníquese con la División de Desarrollo Infantil del Departamento de Educación de California, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814; teléfono (916) 445-1907.

FAMILY SIZE DECLARATION

Name of Child you are requesting services for: _____



Family Size (parents, step-parents and children under 18 only)

- Adults and children related by blood, marriage, or adoption in the house where the child above is living
- A child not living with their natural or adoptive parents is a family size of ONE.

Please Check Which One Applies:

- _____ I am a single parent living with child/children (Complete the self-certification of Single Parent Status).
- _____ We are a father and mother living together with our child/children.
- _____ I am a Foster Parent (provide documentation)
- _____ I am an adult other than the parent living with the child/children. Relationship: _____

List names and birth dates of all children under 18 years old living in the home: (Include the child listed above)
(You are **required** to provide IMACA with copies of the birth certificates of all children in the family)

Child 1 Full Name: _____	DOB: _____
Child 2 Full Name: _____	DOB: _____
Child 3 Full Name: _____	DOB: _____
Child 4 Full Name: _____	DOB: _____
Child 5 Full Name: _____	DOB: _____
Child 6 Full Name: _____	DOB: _____

I understand that IMACA Head Start/ State Preschool has the right to verify information presented here for the purpose of determining eligibility for preschool services.

By signing this document, I am declaring under **penalty of perjury** and the laws of the State of California that the above mentioned is true and correct. I understand that if the information above is found to be false or withholding, the enrollment of my child in the IMACA Head Start/ State Preschool is subject to termination.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

For office only:	I have reviewed the following documents that prove family size and family members.		
Documents Reviewed:	☐ Birth Certificates	☐ Court Documents	☐ Other: _____
Staff Signature: _____	Date verified: _____		

DECLARACIÓN DE MIEMBROS EN LA FAMILIA

Nombre del niño que está solicitando los servicios de: _____

☐

Número de Personas en Su Familia

- Adultos, niños biológicos, hijastros, o hijos adoptados en donde el niño esta viviendo.
- Niños que no viven con sus padres biológicos o padres adoptivos se cuenta como familia

Por favor marque todo lo que aplique:

- _____ Padre soltero viviendo con mi/s hijo/os (Completar la autocertificación del estado de monoparental).
- _____ Somos padre y madre viviendo con nuestro/s hijo/s.
- _____ Soy padre de adoptivo. (Proporcionar la documentación)
- _____ Soy un adulto viviendo con el niño/s que no es el padre de uno. Relación con el niño: _____

Lista de nombres y fechas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años que viven en el hogar:

(Incluir al niño antes mencionados)

Usted está obligado a proporcionar IMACA con las copias de las actas de nacimiento de todos los niños en la familia.

Niño 1 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 2 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 3 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 4 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 5 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 6 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que IMACA Head Start / Preescolar del Estado tiene el derecho de verificar la información que aquí se presenta con el propósito de determinar la elegibilidad para los servicios preescolares.

Al firmar este documento, yo estoy declarando bajo pena de perjurio y las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que si la información anterior se encuentra que es falsa o la retención, la matrícula de mi hijo en el inicio IMACA la cabeza y el Preescolar del Estado está sujeto a la

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Para oficina solo:

I declare that I have validated documents proving this/these child(ren) are in the family size.

Documents Reviewed ☐ Birth Certificates ☐ Court Documents ☐ Other: _____

IMACA Staff Signature: _____ Date verified: _____

EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (Verificación de Empleo)

INSTRUCTIONS: One form per parent per employment. Please sign/date the release, then IMACA will talk to your employer to have Section II completed. This form must be completed before determining eligibility for IMACA preschool services.

INSTRUCCIONES: Una de las formas por los padres por el empleo. Por favor, firme y fecha de la liberación, después consultar a su patrón para que la Sección II completado. Este formulario debe ser completado antes de determinar

Child's Name/Nombre de niño _____

I. PARENT RELEASE OF INFORMATION (Consentimiento de padres para obtener informacion)

I/ Yo, _____, authorize you, my supervisor, to provide IMACA with any and all information regarding my employment and pay, including exchanging paystubs or payroll history. *Yo autorizo, a mi empleador/ supervisor, para proporcionar IMACA con la siguiente información con respecto a mi empleo.*

Employer Name/ Nombre del empleador _____

Address of business/ Domicilio del negocio

City/Ciudad _____ **Zip Code/Codigo Postal** _____

Regular business hours/Horas regulares del negocio: _____

Name of Supervisor/Nobre de Supervisor _____

Employer Phone Number/Empleo numero de telefono: () - _____

X
Parent Signature/ Firma de Padre _____

X
Date/ Fecha _____

II. THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER/ SUPERVISOR ONLY or IMACA Staff:*II. ESTA SECCIÓN SE PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR / SUPERVISOR SOLO:*

IMACA Head Start/ State Preschool may provide child care services for the parent listed above. In order to document eligibility, we are required to obtain the following (and possibly additional) information from the to certify that: _____ started working: _____

(Employee)

(Date Started)

employed with: _____

(Company Name)

located at: _____

(Address, City, State, Zip Code)

Paid R: Hourly \$ _____ / HR Salaried \$ _____ / Gross Month

Paid By: ☐ Cash ☐ Checks w/o stubs ☐ Paychecks with paystubs ☐ Tip ☐ OvertimePayperiods / ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice Monthly ☐ Monthly☐ Actual ☐ Approximate ☐ Seasonal** ☐ Laid off**

Work Schedule:

**If seasonal or laid off, please provide last day worked:

Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

From:	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
To:							

I certify that the above information is true and correct. I understand that IMACA has the right to obtain additional information or confirmation of employment, either written or verbal. This information will not be shared with any other entity except IMACA.

Signature of Employer/ Superviso Or
Phone of Supervisor: _____Print Supervisor's Name/Title
Extension: _____ FAX: _____

Date _____

*IMACA may call Supervisor to verbally verify employment status.

FOR OFFICE Was employment verified?☐ Yes☐ No

***If no, see notes below

Verified by IMACA: _____ Date: _____

Verified with: _____ Position: _____

Notes: _____

EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (Verificación de Empleo)

INSTRUCTIONS: One form per parent per employment. Please sign/date the release, then IMACA will talk to your employer to have Section II completed. This form must be completed before determining eligibility for IMACA preschool services.

INSTRUCCIONES: Una de las formas por los padres por el empleo. Por favor, firme y fecha de la liberación, después consultar a su patrón para que la Sección II completado. Este formulario debe ser completado antes de determinar

Child's Name/Nombre de niño _____

I. PARENT RELEASE OF INFORMATION (Consentimiento de padres para obtener informacion)

I/ Yo, _____, authorize you, my supervisor, to provide IMACA with any and all information regarding my employment and pay, including exchanging paystubs or payroll history. Yo autorizo, a mi empleador/ supervisor, para proporcionar IMACA con la siguiente información con respecto a mi empleo.

Employer Name/ Nombre del empleador _____

Address of business/ Domicilio del negocio _____

City/Ciudad _____ **Zip Code/Codigo Postal** _____

Regular business hours/Horas regulares del negocio: _____

Name of Supervisor/Nobre de Supervisor _____

Employer Phone Number/Empleo numero de telefono: () - _____

X
Parent Signature/ Firma de Padre

X
Date/ Fecha

II. THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER/ SUPERVISOR ONLY or IMACA Staff:

II ESTA SECCIÓN SE PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR / SUPERVISOR SOLO:

IMACA Head Start/ State Preschool may provide child care services for the parent listed above. In order to document eligibility, we are required to obtain the following (and possibly additional) information from the to certify that: _____ started working: _____

(Employee)

(Date Started)

employed with: _____

(Company Name)

located at: _____

(Address, City, State, Zip Code)

Paid R: Hourly \$ _____ / HR Salaried \$ _____ / Gross Month

Paid By: ☐ Cash ☐ Checks w/o stubs ☐ Paychecks with paystubs ☐ Tip ☐ Overtime

Payperiods: ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice Monthly ☐ Monthly

☐ Actual ☐ Approximate ☐ Seasonal** ☐ Laid off**

Work Schedule:

**If seasonal or laid off, please provide last day worked:

Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

From:

To:

I certify that the above information is true and correct. I understand that IMACA has the right to obtain additional information or confirmation of employment, either written or verbal. This information will not be shared with any other entity except IMACA.

Signature of Employer/ Superviso Or

Print Supervisor's Name/Title

Date

Phone of Supervisor: _____

Extension: _____

FAX: _____

*IMACA may call Supervisor to verbally verify employment status.

FOR OFFICE Was employment verified?

☐ Yes

☐ No

***If no, see notes below

Verified by IMACA: _____

Date: _____

Verified with: _____

Position: _____

Notes: _____



HEALTH PHYSICAL CHECKLIST

Dear Parent(s) of: _____

Welcome to IMACA's Head Start/ State Preschool! We are glad your family could join us. As part of the pre-enrollment process, we require a complete, up-to-date Health Screening, Physical Assessment and Current Immunizations before attending preschool. Please give this packet to your child's doctor to fill out. Make sure the doctor completes **EVERYTHING ON THIS CHECKLIST** before you leave the clinic, or unfortunately, we will have to send you back to have it all completed.

- HGB/ HCT TEST
- Lead Test
- Blood Pressure
- Height and Weight
- Vision and Hearing Screen
- Oral health check
- TB test or waiver
- Physical Exam/ Assessment
- **Dr needs to note if the child has a diagnosed allergy/ medical condition/ Rx**

Must get a physical prior
to
the first day of school.

Please return this completed packet (plus additional doctor's notes if applicable) to the preschool or the Administration office at the address to the left. Thank you.

LISTA DE COMPROBACIÓN FÍSICA DE SALUD

Estimados padres de: _____

Bienvenidos a Head Start de IMACA / Preescolar del Estado! Estamos contentos de su familia podrían unirse a nosotros. Como parte del proceso de preinscripción, se requiere una completa y actualizada de la Salud de detección, evaluación física y vacunas al día antes de asistir a preescolar. Por favor, este paquete con el médico de su hijo a llenar. Asegúrese de que el médico completa **TODO EN ESTA LISTA** antes de salir de la clínica, o por desgracia, tendremos que enviarle de nuevo a tener todo terminado.

- Prueba de la sangre HGB/ HCT
- Prueba de la sangre para el plomo
- Prueba de presión arterial
- Altura Y Peso
- Visión y Oído
- Una revision de los dientes
- Prueba de la tuberculosis
- Examen físico/ Evaluación
- **Se requiere una nota del doctor si el niño se le diagnostica alergia o condición médica o está tomando un medicamento recetado.**

Deben tener un físico
antes del primer día
de escuela.

Por favor devuelva este paquete completo (así como las notas médicas adicionales si es necesario) que el preescolar o la oficina de administración en la dirección hacia la izquierda. Gracias.

Serving Inyo, Mono and Alpine Counties since 1981.

180 Clarke St. / PO Box 845

Bishop, Ca 93514

Ph:(760)873-3001 / Fax: (760)872-5570

Inyo Mono Advocates for Community Action
CHILD DEVELOPMENT and FAMILY SERVICES
Head Start/ State Preschool



CHILD HEALTH RECORD- SCREENINGS, PHYSICAL EXAMINATION, TB ASSESSMENT

PART 1. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER PRIOR TO PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT.

Part 2. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER DURING PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT

Child's Name: _____ Gender: _____ DOB: _____
Head Start Center: **IMACA Head Start/State Preschool -** Phone: _____
Mailing Address: **PO Box 845, Bishop, CA 93515** Office Ph: **(760) 873-3001** FAX: **(760) 872-5570**

1. RELEVANT INFORMATION:

2. SCREENING TESTS: Starred items (*) are **REQUIRED** by Head Start and recommended by the American Academy of Pediatrics for children 3-5 years. Enter dates if done previously. When recording results, enter at a min. "N" = Normal; "S" = Suspect, or "A" = Atypical/Abnormal.

TEST	DATE	RESULTS	TEST	DATE	RESULTS
* Present Age		Yrs, Mos.	* Hearing (specify type of test)		
* Height (no shoes, nearest 1/8")			Results		
* Weight (light clothes, nearest 1/4 lb)			Rescreening		
* Blood Pressure			* Vision		
* HGB/HCT (Hemoglobin/Hematocrit)			Acuity R/L		
* Lead			Rescreening		
* Urinalysis			Strabismus		
Ova, Parasites			Comments:		
Other (Indicate)					

3. PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT	Normal for Age	Abnormal	Not evaluated
A. General Appearance			
B. Posture, Gait			
C. Speech			
D. Head			
E. Skin			
F. Eyes (external and optic)			
G. Ears (external and tympanic)			
H. Nose, Mouth, Pharynx			
I. Teeth			
J. Heart			
K. Lungs			
L. Abdomen (includes Hernia)			
M. Genitalia			
N. Bones, Joints, Muscles			
O. Neurological/ Social			
(1) Gross Motor			
(2) Fine Motor			
(3) Communication skills			
(4) Cognitive			
(5) Self-Help Skills			
(6) Social Skills			
P. Glands (Lymphatic/ Thyroid)			
Q. Muscular Coordination			
R. OTHER			

SCREENING OF TB RISK FACTORS/ TB WAIVER:

- ☐ Risk Factors Not Present; TB Skin test not required
- ☐ Risk Factors PRESENT; Mantoux TB test performed:

Date Test Performed _____

☐ Neg ☐ Pos

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- Have clinical evidence of TB
- Have abnormalities on chest x-ray suggestive of TB
- Have contact with or family history of confirmed/suspected TB and/or HIV seropositivity
- Are in foreign-born families with high prevalence countries (Asia, Africa, Central America, South America)
- Live in and out of home placements
- Live with someone who has been incarcerated in the last 5 yrs.
- Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs or nursing home residents.

CARE PROVIDER'S CLINIC STAMP

Signature and Printed Name

General Statement of Child's Physical Status:
Any asthma or allergies?

4. COMMENTS (please print clearly)

Date



Dental Exam/Treatment Record

CHILD'S NAME: _____

DOB: _____

CENTER: _____

DATE: _____

DENTIST: COMPLETE THIS SECTION

DATE OF DENTAL EXAM: _____

☐ ORAL HYGIENE: POOR _____ FAIR _____ GOOD _____

☐ GUM DISEASE

☐ VISIBLE CAVITIES/DECAY

☐ VISIBLE FILLINGS/DENTAL WORK PRESENT

☐ SEVERE DENTAL PROBLEMS

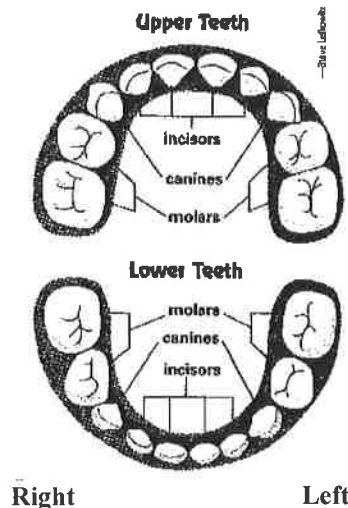
☐ EMERGENCY TREATMENT NEEDED

☐ TEETH ALIGNMENT PROBLEMS (MALOCCLUSION)

☐ OTHER: _____

TOPICAL FLUORIDE APPLIED:

☐ YES ☐ NO



SUGGESTED TREATMENT PLAN/COMMENTS
(please mark all that apply)

☐ Needs treatment

☐ Receiving treatment

Next treatment date: _____.

☐ Treatment complete

Date treatment was completed: _____.

Additional comments:

PRIORITY RATING:

☐ **HIGH PRIORITY:** Urgent/Immediate care is needed (Dental Referral)

☐ **MODERATE PRIORITY:** There are problem areas. Child should see a dentist within 3 months.

☐ **LOW PRIORITY:** No obvious problems. Regular 6-12 month check-ups recommended.

Dentist Signature: _____

Date: _____

Dentist License # _____

