



# Barbara Chambers Children's Center

Rev.4/08/14

STUDENT NAME			D.O.B.	GENDER	
SOCIAL SECURITY #	BIRTH PLACE:	LANGUAGE SPOKEN AT HOME	CUSTODY CONCERNS / ___ NO ___ YES / (EXPLAIN)		
HAS YOUR CHILD EVER BEEN ENROLLED IN A DAYCARE BEFORE? Where? _____ DATE _____			YOUR CHILD IS CURRENTLY UNDER THE CARE OF _____		
I am enrolling my child in the following program: ___ Infants /Toddlers      ___ Pre-K      ___ Summer Program      ___ Before & After School      School Name _____					
IS YOUR CHILD COMPLETELY POTTY TRAINED?	COST FOR CHILD CARE \$ _____	Is your child affected by any of the following? ___ Speech & Language Delay / Impairments    ___ Separation Anxiety    ___ Hearing impairment ___ Visual impairment    ___ Impairment of motor function    ___ Other health problem			
HEALTH INSURANCE COMPANY POLICY #			CASE NUMBER/ FOOD STAMPS/TANF / MEDICAID		
DO YOU OR DOES YOUR CHILD RECEIVE: _____ <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CHILD SUPPORT \$ _____ <input type="checkbox"/> FOOD STAMPS \$ _____ <input type="checkbox"/> Unemployment/Workers Comp <input type="checkbox"/> TANF \$ _____			ALLERGIES-MEDICATIONS _ NONE / NINGUNA    ___ YES / SI ( EXPLAIN , EXPLIQUE )  CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATION    _NONE    ___YES		
ARE BOTH PARENTS IN THE HOME? _____ IF NOT, WHICH PARENT IS THE PRIMARY CAREGIVER? _____  ARE PARENTS DIVORCED / SEPARATED ? _____ IS CUSTODY CURRENTLY BEING DISPUTED? _____  HAS CUSTODY BEING DETERMINED BY COURT? _____ IS CUSTODY: _____ JOINT      _____ SOLE					
ARE YOU REQUESTING THAT D.C. SUPERIOR COURT ORDER THE ABSENT PARENT TO PAY CHILD SUPPORT ON BEHALF OF THE MINOR CHILD(REN)?    YES _____    NO (EXPLAIN REASON) _____					
DO YOU HAVE A SUPPORT ORDER, SEPARATION AGREEMENT, OR DIVORCE DECREE ORDERING CHILD SUPPORT? _____					
<b>DO YOU NEED HELP IN PAYING FOR CHILD CARE COST?    YES _ HAVE YOU PARTICIPATED IN THE CHILD CARE SUBSIDY / "VOUCHER"</b>					
DO YOU PAY FOR THE FOLLOWING UTILITIES/RENT? <input type="checkbox"/> ELECTRIC <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> WATER <input type="checkbox"/> HOME PHONE <input type="checkbox"/> RENT RECEIPTS					
REASON FOR CHILD CARE <input type="checkbox"/> WORKING <input type="checkbox"/> TRAINING <input type="checkbox"/> TEEN PARENT <input type="checkbox"/> WORKING W/ CHILD WITH A DISABILITY <input type="checkbox"/> ADULT W/ DISABILITY					
PARENT NAME OR GUARDIAN			RELATIONSHIP TO STUDENT    _MOTHER    _GUARDIAN		
ADDRESS					
MARITAL STATUS SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> SEPARATED <input type="checkbox"/>			DATE OF BIRTH	Social Security #	
WORK PHONE	CELL PHONE	EMAIL	SCHEDULE Hours per Week _____ Annual Income \$ _____ Days PER WEEK _____ FIX SCHEDULE _____		
EMPLOYER'S NAME/ ADDRESS			DO YOU FILE FOR PERSONAL TAXES IN DISTRICT OF COLUMBIA? _____		
PARENT NAME OR GUARDIAN			RELATIONSHIP TO STUDENT    ___FATHER ___GUARDIAN		
ADDRESS			PHONE NUMBER	DATE OF BIRTH	
EMPLOYER'S NAME / ADDRESS			SCHEDULE Hours per Week _____ Annual Income \$ _____ Days PER WEEK _____ FIX SCHEDULE _____		
WORK PHONE	CELL PHONE	EMAIL / CORREO ELECTRONICO			
My signature below certifies all of the above information is correct. This application and ALL documentation provided is property of the Barbara Chambers Children's Center, even if I decide that my child will not attend the center.					
X _____					_____ Date

# Barbara Chambers Children's Center

Rev.4/08/14

NOMBRE DEL ESTUDIANTE			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	
SOCIAL SECURITY #	LUGAR DE NACIMIENTO:	IDIOMA NATAL	PROBLEMAS DE CUSTODIA __ NO __ SI (EXPLIQUE)		
HA ESTADO SU HIJO/A EN OTRO CENTRO ANTES? DONDE? _____ FECHA _____			SU HIJO/A ESTA BAJO EL CUIDO DE _____		
ESTOY INTERESADA/O EN EL SIGUIENTE PROGRAMA: __ Infantes /Caminantes      __ Pre-Kinder      __ Verano      __ Antes y Despues de escuela      Nombre de escuela _____					
COSTO POR EL CUIDO DE SU HIJO/A \$ _____ Esta su niño/a entrenado completamente para usar el baño solo/a? _____					
Tiene su hijo/a uno de las siguientes síntomas: __ Impedimenta en lenguaje y habla    __ Separación emocional    __ Debilitación en el oír sordera    __ Debilitación en la visión o ceguera    __ Debilitación de la función motor grueso o fino    __ Impedimento de salud (explique) _____					
COMPANIA DE SEGURO MEDICO			CASO DE TANF MEDICAID/ ESTAMPILLAS		
ALERGIAS O MEDICAMENTOS    __NINGUNA    __SI ( EXPLIQUE )			RECIBE USTED O SU NIÑO/A _____		
MEDICAMENTOS RECETADOS    __ NINGUNA    __SI, EXPLIQUE			<input type="checkbox"/> TANF \$ _____ <input type="checkbox"/> ESTAMPILLAS DE COMIDA \$ _____		
			<input type="checkbox"/> MANUTENCION DE MENOR \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI		
<b>NECESITA USTED AYUDA PARA LOS COSTOS DE LA MATRICULA/ESCUELA?</b> _____					
PAGA POR LAS SIGUIENTE UTILIDADES/RENTA? <input type="checkbox"/> LUZ <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/> TELEFONO DE CASA <input type="checkbox"/> RECIBO DE RENTA					
ESTAN AMBOS PADRES EN EL HOGAR? _____      SI LA RESPUESTA ES NO, QUE PADRE ES EL TUTOR PRINCIPAL _____					
ESTAN LOS PADRES DIVORCIADO / SEPARADOS? _____      ESTA LA CUSTODIA ACTUALMENTE EN PROCESO? _____					
LA CUSTODIA :    __ CUSTODIA COMPLETA      0      __ CUSTODIA COMPARTIDA (ARREGLOS _____)					
HA SOLICITADO QUE LA CORTE SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA ORDENE AL PADRE AUSENTE PAGAR MANUTENCION PARA EL MENOR? SI _____      NO _____ (EXPLIQUE RAZON)					
<b>TIENE UNA ORDEN DE SEPARACION O DIVORCIO ORDENANDO AL PADRE AUSENTE PAGO DE MANUTENCION?</b>					
RAZON PARA EL CUIDADO DEL NIÑO/A [ ] TRABAJANDO [ ] ENTRENAMIENTO [ ] TEEN PARENT [ ] TRABAJANDO Y CON NIÑO/A CON DESABILIDAD					
NOMBRE DEL PADRE O APODERADO LEGAL ( APELLIDO, NOMBRE)			PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE __ MADRE    __ APODERADO LEGAL		
DIRECCION			FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
ESTADO CIVIL : <input type="checkbox"/> SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input type="checkbox"/> DIVORCIADA/O <input type="checkbox"/> VIUDA/O					
TELEFONO DEL TRABAJO		CELULAR <small>Compañía telefonica</small>		CORREO ELECTRONICO	
EMPLEADOR / DIRECCION DEL EMPLEADOR					
<b>HACE USTED TAXES (IMPUESTOS) DEL DISTRITO DE COLUMBIA?</b> _____			Por Hora \$ _____ Horas por semana _____ Dias _____ Horario _____ Salario _____		
NOMBRE DEL PADRE O APDERADO LEGAL (APELLIDO, NOMBRE)			PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE __ PADRE    __ APODERADO LEGAL		
DIRECCION		TELEFONO DEL TRABAJO		CELULAR <small>Compañía Telefonica</small>	
CORREO ELECTRONICO		FECHA DE NACIMIENTO		Social Security NUMBER#	
EMPLEADOR / DIRECCION DEL EMPLEADOR			Por Hora \$ _____ Horas por semana _____ Dias _____ Horario _____ Salario _____		
Con mi firma certifico que lo anteriormente mencionado es verdadero, correcto, y entiendo que la aplicación y documentación proveídas son propiedad del Centro.					
X _____					_____ Fecha