

**GLEN COVE CHILD DAY CARE CENTER, INC. / HEAD START**

P.O. BOX 191 Glen Cove, NY 11542 Telephone: 516-671-2880 Fax: 516-671-7401

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL NINO(A)**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_

Tiene su niño(a) seguro medico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CABEZA DE LA FAMILIA**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de Nac \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_ # de días trabajados \_\_\_\_\_ # de horas por día \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Direccion del trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ESPOSA/O**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Celular# \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_ # de días trabajados \_\_\_\_\_ # de horas por día \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Como te enteraste de nuestro programa ? \_\_\_\_\_

Recibes asistencia pública/SSI? \_\_\_\_\_

Usted tiene alguna preocupación acerca del crecimiento de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA CASA, POR FAVOR LISTE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Relación con Nino/a \_\_\_\_\_