



Mid-Bronx CCRP ECC Inc. Head Start Site 1

1125 Grand Concourse, Bronx, NY 10451

Telephone: 718-590-7014 Fax: 718-590-7059

Office use Only / Uso de Oficina Solamente

Date Given: _____

Date Returned: _____

Received Staff Initials: _____

Intake Application (Print) Solicitud de admisión (Escriba en letra de Molde)

Gender/Genero: Male/Masculine _____ Female/Femenino _____

Child's Last Name

First Name

Middle Initial

Date of Birth

_____/_____/_____
Apellido del niño/a Primer Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

Complete Address / Dirección Completa

Number & Street/Numero y Calle Apt. / # de apartamento City/Ciudad State/Estado Zip Code

Mother's Telephone # _____ Mother's Email _____
Número de Teléfono de la madre Correo Electrónico de la madre

Father's Telephone # _____ Father's Email: _____
Número de teléfono del Padre Correo Electrónico del Padre

Family Information: List the name of all people living in the household. **Información familiar:** Liste el nombre de todas las personas viviendo en la casa.

Apellido y nombre Relación Fecha de Nacimiento Empleo Escuela y Grado

Last & First Name	Relationship to Child	Birth Date	Employed	School & Grade

Present Services: ____IEP ____Foster Care ____Homeless

Child's Place of Birth _____

Lugar de Nacimiento del niño/a

Ethnicity: African American ____ White ____ Hispanic ____ Other ____
Raza: Afro Americano Blanco Hispano Otro

Parent's Place of Birth / Lugar de Nacimiento de los padres:

Mother/Madre

Father/Padre

Primary Language: _____
Lenguaje Primario

English Proficiency: Yes ____ No ____
Dominio de inglés Si No

Marital Status / Estado Marital:

Single ____ Common Law ____ Married ____ Divorced ____ Separated ____ Widow ____
Soltero Ley Común Casado Divorciado Separado Viudo

Sources of income: (Check all that apply) Forma de ingreso: (Marque todas las que aplican)

____ Employment/Empleo ____ Public Assistance/Asistencia Publica ____ Pension ____ SSI
____ Social Security/Seguro Social ____ Unemployment/Desempleo ____ Disability/Discapacidad
____ Alimony/Pensión Alimenticia ____ Child Support / Manutención de los hijos ____ Others/Otros

Snap Case # / Numero del Caso de los Cupones _____

Public Assistance Case # / Numero del Caso de Asistencia Publica _____

Emergency Contact (Not yourself) _____ **Phone#** _____
Contacto de emergencia (No usted) # de Teléfono

Address _____ **Relationship to child** _____
Dirección Relación al niño(a)

Child must be present when turning in documents (Niña/o debe estar presente cuando traiga los documentos)

Completed by / Completado por

Date / Fecha