



Cari Marquez
President, Board of Directors

Melanie Santana
Executive Director

Received by: _____ Date: _____

MISSION CHILD CARE CONSORTIUM, INC.
4750 Mission Street, San Francisco, CA 94112
Tel: (415) 586-6139 Fax: (415) 586-2339

Non-Discrimination Policy VI Opportunity and Equal Education Access. The Mission Child Care Consortium, Inc. Is an equal opportunity employer and does not discriminate against its services to anyone because of sex, sexual orientation, gender, ethnic group, identification, race, ancestry, national origin, religion, color, or mental or physical disability. The Mission Child Care Consortium, Inc. practices a policy of non-discrimination and affirmative action in employment and does not discriminate to qualified person because of sex, sexual orientation, gender, ethnic group, identification, race ancestry, national origin, religion, color or mental or physical disability.

PRE-REGISTRATION FORM FOR CHILD DEVELOPMENT PROGRAM
FORMULARIO DE PRE-INCRIPCION/PROGRAMA DE DESARROLLO DELNINO

Date (Fecha): _____

Child's Name (Nombre del niño/a): _____

Birth Date (Fecha de Nacimiento): _____ Sex(Sexo): F M

Father's Name (Nombre del papá): _____

Home #: _____ Cellphone #: _____ Work #: _____

Email: _____ Occupation (Ocupacion): _____

Mother's Name (Nombre de la mamá): _____

Home #: _____ Cellphone #: _____ Work #: _____

Email: _____ Occupation (Ocupacion): _____

Marital Status (Estado Civil):

Single (Soltero/a) Married (Casado/a) Divorced (Divorciado/a) Separated (Separado/a)

Widow (Viudo/a) Not Married but living together (No casado, pero viven juntos)

Home Address (Dirección de la casa): _____

Did your child attend a prior preschool/Home Day Care (Su hijo/a asistido un preescolar o Guardaría antes?)

Yes No If you marked yes, please name the school and explain: (Si marco si, por favor nombre la escuela y expliqué razón): _____

Has your child received an IEP/IFSP (Su hijo/a ha recibido un IEP/IFSP?) Yes (Si) No

In Process (en proceso) If yes please provide documentation (Si marco si, por favor traiga documentación)

Are you in Training or School (Esta usted en un Entrenamiento o en la Escuela)? Yes (Si) No

Are you receiving Child Support (Recibe ayuda de manutención Infantil)? Yes (Si) No

Are you receiving Food Stamp or CalFresh (Recibe ayuda de estampillas de comida)? Yes (Si) No

Is your family under, CPS (Child Protective Services) or At Risk? (Esta su familia bajo los servicios de protección al menor o en riesgo? Yes (Si) No

Are you currently on Incapacity or considered Incapacitated (En este momento está usted bajo incapacidad o se considera deshabilitada(o)? Yes (Si) No

Is your family receiving AFDC, SSI or SSP (Usted o su familia reciben ayuda de AFCD, SSI o SSP)?

Yes (Si) No Medical Number (Numero del Medical): _____



Cari Marquez
President, Board of Directors

Melanie Santana
Executive Director

If you are not working or going to school are you seeking employment? *(Si no está trabajando o yendo a la escuela, ¿está buscando empleo?)* Yes (Si) No

Are you seeking permanent housing? *(¿Estás buscando vivienda permanente?)* Yes (Si) No

Father's Employer *(Empleador del Padre)*

Employer's Address *(Dirección de Empleador)*

If employed, I receive income by: Company check, Cash, or Personal check (please check what applies to you). *(Si esta empleado, yo recibo ingresos en forma de: Cheque de la Compañía, Efectivo o Cheque Personal: por favor, marque lo que es aplicable para usted).*

Company Check *(Cheque de la Compañía)* Cash *(Efectivo)* Personal Check *(Cheque Personal)*

Mother's Employer *(Empleador del Madre)*

Employer's Address *(Dirección de Empleador)*

If employed, I receive income by: Company check, Cash, or Personal check (please check what applies to you). *(Si esta empleado, yo recibo ingresos en forma de: Cheque de la Compañía, Efectivo o Cheque Personal: por favor, marque lo que es aplicable para usted).*

Company Check *(Cheque de la Compañía)* Cash *(Efectivo)* Personal Check *(Cheque Personal)*

Other children *(Otros niños)*? Yes (Si) No

If yes, name/s, date/s of birth and School/s *(Si su respuesta es Si, de los nombre/s, fecha/s de nacimiento y nombre de le Escuela que asisten):*

Name <i>(Nombre)</i>	Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	School <i>(Escuela)</i>

Other members of the household *(Otros familiares viviendo en la casa)?*

Yes (Si) No

Name <i>(Nombre)</i>	Relationship <i>(Parentesco)</i>	Telephone <i>(Teléfono)</i>



Cari Marquez
President, Board of Directors

Melanie Santana
Executive Director

ENROLLMENT AND ELIGIBILITY REQUIREMENTS CHECK LIST **LISTA DE REQUISITOS Y DE ELIGIBILIDAD PARA INSCRIPCION**

NOTE: Due to the Hands-Free Policy, a child must be completely toilet-trained to be enrolled at the Mission Child Care Consortium Inc. A child needs to be able to assist him/herself in taking care of their toileting needs. Please attach a copy of the following. *(Debido a la Política de Manos Libres, un niño/a debe estar completamente entrenado para usar el baño para ser inscrito en Mission Child Care Consortium Inc. Un niño debe ser capaz de asistir a sí mismo en el cuidado de sus necesidades de aseo. Por favor adjunte una copia de los siguientes)*

Yes (Si) No

- Your child and his/her siblings Birth Certificates
(Una copia del certificado de nacimiento de su niño/a y de sus hermano/as)
- Physician's Report Form and Most Updated Immunization Record
(El físico más reciente junto con el récord de vacunas)
- Proof of Residency *(Prueba de residencia/domicilio)*
- A Copy of any proof of Residency such as PG&E, Water, Cable TV, Garbage, Home Telephone, Lease Agreement *(Una copia de cualquier prueba de residencia como, PG&E, Agua, Cable, Teléfono, Contrato de domicilio).*
*Please see 4th page for further information on documents needed.
**Por favor, consulte la 4^a página para obtener más información sobre los documentos necesarios.*

Father/Legal Guardian/Grandparent Signature
(Padre/Tutor legal/Abuelos/a Firma)

Date
(Fecha)

Mother/Legal Guardian/Grandparent Signature
(Madre/Tutor legal/Abuelos/a Firma)

Date
(Fecha)