



Quincy Community Action Programs, Inc.

EARLY HEAD START/HEAD START ENROLLMENT APPLICATION

(All information will be kept confidential)



Section 1 Services to Expectant Family

Name of Pregnant Woman _____ Expected Due Date _____

Skip section 2, complete section 3 and 4

Section 2 Child's Information

Name _____ Gender: M/F DOB _____ Primary Language _____

Race/Ethnicity (please circle) Black/Not Hispanic, White/Not Hispanic, Hispanic Origin, Native American/Alaskan, Asian/Pacific, Oth-

Section 3 Parent/Guardian and or Expectant Family Information

Name _____ DOB _____

Address _____ E-mail address _____

Street Town Zip Code

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

(please circle) cell or home

(please circle) cell or work

Race/Ethnicity _____ Primary Language _____ Relationship to Child _____

Educational Level (please circle) 9-12/non graduate, high school grad/GED, some college, Bachelor's degree, Master's degree

Monthly Income \$ _____ Number of hours worked per week _____

Source of Income: (please circle) Wages, TANF, SS, V.A. Benefits, Child Support, Military Benefits, Unemployment

Name _____ DOB _____

Address _____ E-mail address _____

Street Town Zip Code

Primary Phone _____ Alternate Phone _____

(please circle) cell or home

(please circle) cell or work

Race/Ethnicity _____ Primary Language _____ Relationship to Child _____

Educational Level (please circle) 9-12/non graduate, high school grad/GED, some college, Bachelor's degree, Master's degree

Monthly Income \$ _____ Number of hours worked per week _____

Source of Income: (please circle) Wages, TANF, SS, V.A. Benefits, Child Support, Military Benefits, Unemployment

Are you homeless? Yes / No

Family Type (please circle) Single Parent/Female, Single Parent/Male, Two-Parent Household, Foster Family

Section 4 Additional Information

Please list all members of your household that you are financially responsible for:

Name	M/F	DOB	Name	M/F	DOB
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Please check any areas of concerns for your child:

	Parental Concern	Receiving Services		Parental Concern	Receiving Services
Speech/Language	_____	_____	Dental	_____	_____
Social/Emotional	_____	_____	Health/Vision/Hearing	_____	_____
Nutrition	_____	_____	Fetal Development	_____	_____

Parent/Guardian Signature(s) _____

Date of Application _____

QCAP Staff Signature _____ Date of Entry _____



昆士社區行動計劃

早期啟蒙 / 啟蒙學校

登記申請表

(所有資料絕對保密)



第一部分 服務給等待分娩家庭

懷孕女子姓名 _____ 預產日期 _____

跳第二部分，填寫第三及第四部分

第二部分 孩子資料 (所有資料請用英文填寫)

姓名 _____ 性別: 男 / 女 出生日期 _____ 主要語言 _____

族裔 / 人種 (請圈其一) 黑人 / 非西班牙裔、白人 / 非西班牙裔、原籍西班牙裔、土生美國人 / 亞拉斯加人、亞裔 / 太平洋島民、其他 _____

第三部分 家長 / 監護人及或等待分娩家庭的資料

家長 / 監護人姓名 _____ 出生日期 _____

居住地址 _____ 電郵地址 _____

街道 城鎮 郵區編碼

主要聯絡電話號碼 _____ 其他聯絡電話 _____

(請圈其一) 手機 或 住家電話

(請圈其一) 手機 或 工作電話

族裔 / 人種 _____ 主要語言 _____ 與孩子關係 _____

教育水平 (請圈其一) 9-12年級 / 非畢業生、中學畢業 / 中學同等學歷文憑、大學程度、學士學位、碩士學位

一個月收入 \$ _____ 一星期工作多少小時 _____

收入來源: (請圈其一) 工資、福利金、社會安全金、退伍軍人金、撫養費、軍人撫恤金、失業金

家長 / 監護人姓名 _____ 出生日期 _____

居住地址 _____ 電郵地址 _____

街道 城鎮 郵區號碼

主要聯絡電話號碼 _____ 其他聯絡電話 _____

(請圈其一) 手機 或 住家電話

(請圈其一) 手機 或 工作電話

族裔 / 人種 _____ 主要語言 _____ 與孩子關係 _____

教育水平 (請圈其一) 9-12年級 / 非畢業生、中學畢業 / 中學同等學歷文憑、大學程度、學士學位、碩士學位

一個月收入 \$ _____ 一星期工作多少小時 _____

收入來源: (請圈其一) 工資、福利金、社會安全金、退伍軍人金、撫養費、軍人撫恤金、失業金

閣下是否無家可歸? 是 / 否

家庭類型: (請圈其一) 單親母親、單親父親、雙親家庭、領養家庭

第四部分 附加資料

請列舉是閣下在經濟上負責的所有家庭成員:

姓名	男 / 女	出生日期	姓名	男 / 女	出生日期
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

請檢查以下任何一項是閣下對您孩子擔心的:

	家長擔心	接受服務中		家長擔心	接受服務中
講話 / 語言	_____	_____	牙齒	_____	_____
社交 / 情緒	_____	_____	健康 / 視力 / 聽覺	_____	_____
營養	_____	_____	胎兒發育	_____	_____

家長/監護人簽署 (父) _____ (母) _____

申請日期 _____

QCAP 職員簽署 _____ 入學日期 _____