



ORANGE COVE DAY CENTER

INTAKE APPLICATION

No. _____

CHILD'S INFORMATION

Name of Child: _____

Date of Birth: _____ Age: _____

Language Spoken @ Home: _____ Does Child Understand English? Yes No

FATHER'S INFORMATION

Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

Message #: _____

MOTHER'S INFORMATION

Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

Message #: _____

FATHER'S EMPLOYMENT INFORMATION

Employer's Name: _____

Phone #: () _____

Monthly Gross Income: \$ _____

Parent's Total Gross Income: \$ _____

MOTHER'S EMPLOYMENT INFORMATION

Employer's Name: _____

Phone #: () _____

Monthly Gross Income: \$ _____

Total of Family: _____

Reason for Seeking Care: Working: _____ Training: _____ Seeking Work: _____

Hours of Care Needed: Monday: _____ Tuesday: _____ Wednesday: _____ Thursday: _____ Friday: _____

INFORMATION ON OTHER CHILDREN

	Name	Date of Birth	Name of School Attending
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Bring the following documents: •Current Physical (within 1 year) •Immunization Record

Office Use Only

Accepted By: _____

Date: _____



ORANGE COVE DAY CARE CENTER

APLICACIÓN DE ADMISIÓN

No. _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre de Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Que Idioma Se Habla En Casa: _____ Entiende el niño/a Ingles? Si No

INFORMACION DEL PADRE

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Tel: _____

Numero de Mensaje: _____

INFORMACION DE LA MADRE

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Tel: _____

Numero de Mensaje: _____

INFORMACION DE EMPLEO DEL PADRE

Nombre del Empleador: _____

Numero de Tel: () _____

Ingreso Mensual: \$ _____

Total de Ingreso de los Padres: \$ _____

INFORMACION DE EMPLEO DE LA MADRE

Nombre del Empleador: _____

Numero de Tel: () _____

Ingreso Mensual: \$ _____

Total en la Familia: _____

Razón por la cual pide ayuda: Trabajando: _____ Entrenamiento: _____ Buscando Empleo: _____

Horas por día requeridas: Lunes: _____ Martes: _____ Miércoles: _____ Jueves: _____ Viernes: _____

INFORMACION DE OTROS NIÑOS

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Por favor de traer lo siguiente:

• Físico Completo (entre 1 año)

• Tarjeta de Vacunas

Para Uso de la Oficina Solamente

Aceptado por: _____

Fecha: _____