



APPLICATION FOR DAY CARE SERVICES

DATE OF APPLICATION

NAME OF CHILD		DATE OF BIRTH
ADDRESS		
MOTHER'S NAME – OR LEGAL GUARDIAN		FATHER'S NAME – OR LEGAL GUARDIAN
MOTHER'S HOME ADDRESS		TELEPHONE NO. - HOME
FATHER'S HOME ADDRESS		TELEPHONE NO. - HOME
MOTHER'S BUSINESS ADDRESS		TELEPHONE NO.- BUSINESS
FATHER'S BUSINESS ADDRESS		TELEPHONE NO.- BUSINESS
NAME AND ADDRESS OF PERSON TO BE CONTACTED IN EMERGENCY IF PARENTS ARE NOT AVAILABLE		TELEPHONE NO.
NAME AND ADDRESS OF CHILD'S PHYSIAN OR SOURCE OF MEDICAL CARE		TELEPHONE NO.
SPECIAL DISABILITY – IF ANY		
ANY SPECIAL MEDICAL OR DIETARY INFORMATION NECESSARY FOR MANAGEMENT IN AN EMERGENCY SITUATION – ALLERGIES, MEDICATIONS, SPECIAL CONDITIONS		
ANY ADDITIONAL INFORMATION ON SPECIAL NEEDS OF THIS CHILD		
HEALTH INSURANCE COVERAGE FOR CHILD UNDER FAMILY INSURANCE POLICY OR MEDICAL ASSISTANCE BENEFITS, IF APPLICABLE		
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN		

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA

DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

CY 320 – 8/78



TICK TOCK

Early Learning Center

APLICACIÓN PARA SERVICIOS DE CUIDADO DIARIO

FECHA DE LA APLICACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR LEGAL		NOMBRE DEL PADRES O TUTOR LEGAL
DIRECCIÓN DE LA MADRE		NÚMERO DE TEL. DEL HOGAR
DIRECCIÓN DEL PADRE		NÚMERO DE TEL. DEL HOGAR
DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE LA MADRE		NÚMERO DE TEL. DEL TRABAJO
DIRECCIÓN DEL TRABAJO DEL PADRE		NÚMERO DE TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA DE CONTACTO PARA EMERGENCIA SI EL PADRE/ MADRE NO ESTA DISPONIBLE		NÚMERO DE TEL.
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO DEL NIÑO O CUIDADO MÉDICO		NÚMERO DE TEL.
DISCAPACIDAD – SI EXISTE ALGUNA		
INFORMACIÓN MÉDICA O DIETA NECESARIA PARA MANEJAR EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, ALERGIAS, MEDICAMENTOS, CONDICIÓN ESPECIAL		
INFORMACIÓN ADICIONAL SI EL NINÓ TIENE NECESIDADES ESPECIALES		
PÓLIZA DE COBERTURA MÉDICA FAMILIAR O DEL MENOR SI ES APLICABLE		
FIRMA PADRE O TUTOR		

COMMONWEALTH DE PENNSYLVANIA

DEPARTAMENTO PÚBLICO DEL WEALFARE

CY 320 – 8/78