



ECCDC Entry Form

Child's Name _____ Birthdate _____
Last First

Sex M / F

Home Address _____

City _____ Zip Code + 4 _____ Phone _____

What hours do you need care? _____ What days? M / T / W / Th / F

Primary Language _____ Other language(s) spoken in the home _____

Mother's Name _____ Lives with Child Yes No

Cell phone _____ Work phone _____

Email _____

Father's Name _____ Lives with Child Yes No

Cell phone _____ Work phone _____

Email _____

Sibling Name and DOB _____

How did you hear about ECCDC, friend, work, school, newspaper, other _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

..... **If applying for State-Funded Childcare**

Number of parents in the home _____ Number of siblings in the home _____

Income Type

Parent A

Parent B

Income Type	Parent A	Parent B
Monthly (Gross)		
Child Support		
Government Aid		
Other Income		
Total		

It is the parent's responsibility to update anything on this form. Parents applying for State-Funded childcare services will be required to show documentation of family size, family income, and need for service. ECCDC will contact you when this child is eligible to enroll.

Return to ECCDC: 830 E. Grand Ave, Escondido CA 92025, Phone: 760-839-9361 Fax: 760-745-8567

Investing in our Community...One Family at a Time.



ECCDC Formulario de Inscripción

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre

Sexo M / F

Dirección de casa _____

Ciudad _____ Código Postal+4 _____ Teléfono _____

¿Qué horas necesita el cuidado? _____ ¿Cuáles días? L / M / M / J / V

Idioma principal _____ Otros idioma(s) hablados en el hogar _____

Nombre de la madre _____ Vive con el niño(a) Sí No

Celular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo Electrónico _____

Nombre del padre _____ Viva con niño(a) Sí No

Celular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo Electrónico _____

Nombre del hermano y fecha de nacimiento _____

¿Cómo te enteraste ECCDC, amigo, trabajo, escuela, periódico, otros: _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

----- If applying for State-Funded Childcare -----

Numero de papás en la casa _____ Número de hermanos en la casa _____

Tipo de Ingreso

Padre A

Padre B

Tipo de Ingreso	Padre A	Padre B
Mensual (bruto)		
Sustento de Menores		
Asistencia del Gobierno		
Otro Ingreso		
Total		

Es responsabilidad de los padres para actualizar la información en este formulario. Padres que apliquen para cuidado de niño de bajo recurso, se le pedirá que compruebe el Tamaño de su familia, Ingresos de familia, y la razón porque necesita el cuidado de niño. ECCDC se comunicará con usted cuando su niño es elegible para inscribirse.

Regrese a ECCDC: 830 E. Grand Ave, Escondido CA 92025, Phone: 760-839-9361 Fax: 760-745-8567