

Please answer all questions fully and mail to the above address or call Head Start at 459-4581 ext. 548, 407 or 482 or Pre-K Counts at 459-4581 ext. 590 and your application will be taken over the phone.

I am applying for (Circle one) _____ Today's Date _____

HEAD START: Head Start Program (August-May/June)
PRE K COUNTS: Located in Millcreek, North East, Girard, and the Northwestern School District

Child's Name _____ Child Birth date _____

Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Birth date _____

Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Birth date _____

Home Phone # _____ Cell Phone # _____

Alternate Phone # _____

Address _____ City _____ Zip _____

1) This address is (circle one) Temporary Permanent E-Mail Address: _____

2) Are you able to transport your child to the program? Yes No

3) If unable to transport, will the child be picked up/dropped off at a different location? Yes No

List address: _____

4) Are translation services needed? Yes No

Home Language: _____

5) Is your child enrolled in a day care center or day care home? Yes No

If yes: are you currently receiving CCIS funds for day care? Yes No

6) Does your child currently have an IEP? Yes No

7) Has your child been involved in any Early Intervention Program? Yes No

If yes (circle): Infant/Toddler/in-home Achievement Center Barber National Institute
 Sarah A. Reed Children Center Erie School District IU

Once your application is received, you will be contacted by a Family Advocate or Program Coordinator who will complete an intake to determine eligibility. **The Head Start and Pre-K Counts programs require every enrolled child to have an updated physical, immunizations and dental examination.** The following documents will need to be reviewed prior to enrollment: **proof of family income, child's immunization record and birth certificate.**

HOUSEHOLD INFORMATION:

Number of Children (Under 18) _____ Ages _____

Number of Adults _____ Relationship to Child (Please Circle)

Father Mother Grandfather Grandmother Uncle Aunt
 Brother Sister Friend Guardian Foster Parent

Source of Income (Please Circle) if incomplete this may delay your application being processed

Employment Public Assistance SSI Grants/ Student Loans Foster / Kinship Care
 Unemployment Child Support SSA Worker's Compensation Other _____

Amount of Household Income _____ (Circle One) Weekly 2 Weeks Monthly Yearly

How did you hear about the GECAC Child Development program (circle one): Radio Family/Friend Flyer on my door
 I was referred by: _____ other: _____

Por favor, conteste todas las preguntas en esta aplicación y envíela por correo postal a la dirección antes mencionada o llámé al 459-4581 ext. 548, 407, 482, pregunte por Head Start o el programa de Pre-K Counts ext. 590 y su solicitud será tomada por teléfono.

Estoy aplicando para: (Por favor circule uno) Día de Hoy _____

HEAD START: Programa del Head Start (Agosto-Mayo/Junio)

PRE K COUNTS: Localizados en Millcreek, North East, Girard, y en el Distrito Escolar Northwestern

Nombre del niño _____ Fecha Nacimiento del niño _____

Nombre de los padres _____ Fecha Nacimiento de los padres _____

Nombre de los padres _____ Fecha Nacimiento de los padres _____

Teléfono de casa# _____ Teléfono celular # _____

Teléfono alternativo # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

1) Esta dirección es (circule una) Temporera Permanente Correo Electrónico: _____

2) ¿Puede transportar a su hijo al programa? Sí No

3) Si no puede transportar, ¿el niño será recogido / dejado en otro lugar? Sí No

Dirección: _____

4) ¿Se necesitan servicios de traducción? Sí No

Idioma del hogar: _____

5) ¿Está su niño matriculado en un centro de cuidado diurno o guardería? Sí No

En caso afirmativo: ¿Recibe actualmente fondos de CCIS para la guardería? Sí No

6) ¿Está su niño envuelto en el programa de Temprana Intervención? (IEP) Sí No

7) ¿Ha participado su hijo en programas de intervención temprana? Sí No

Si contesto si: (circule una) Infante/niño en casa Achievement Center Instituto Barber Center
 Centro de Sarah Reed Distrito Escolar de Erie IU

Una vez que su solicitud sea recibida, usted será contactado por un Defensor de la Familia o Coordinador del programa que completará un ingreso para determinar la elegibilidad. **Los programas Head Start y Pre-K Counts requieren que cada niño inscrito reciba un examen físico, inmunizaciones y dental actualizado.** Los siguientes documentos tendrán que ser revisados antes de la inscripción: **prueba del ingreso familiar, registro de inmunización del niño y certificado de nacimiento.**

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Número de Niños (menos de 18) _____ Edades _____

Número de Adultos _____ Relación con el Niño: (Por favor circule uno)

Padre Madre Abuelo Abuela Tío Tía

Hermano Hermana Amigo (a) Tutor Padre de Crianza

Fuente de los ingresos (Por favor circule uno) - Si su aplicación está incompleta esto puede retrasar el trámite de inscripción.

Empleo Asistencia Pública SSI Becas/Préstamos Estudiantiles Pago por Cuidado de Crianza

Desempleo Ayuda Manutención de Hijos SSA Compensación al Trabajador Otro ingreso _____

Cantidad del Ingreso: _____ (Por favor circule uno) Semanal Quincena Mensual Anual

¿Cómo se enteró acerca del programa de Desarrollo Infantil GECAC? (Circule Uno) Radio Familiar/Amigo Boletín en la puerta

Referido por: _____ Otro: _____