

**GREATER ERIE COMMUNITY ACTION COMMITTEE
CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS
18 WEST NINTH STREET
ERIE, PA 16501
(814) 459-4581 or 1-800-769-2436**

Please answer all questions fully and mail or submit at the above address or call 459-4581, ask for the Head Start or PreK Counts Program and your application will be taken over the phone.

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

HEAD START: a) Head Start Program (September-May)
b) Head Start / Child Care Program (Childcare hours before and after Head Start hours, for parents in school and/or working, **(fee involved for non-Head Start hours)**).

PRE K COUNTS: c) located in Millcreek, North East, Girard, and the Northwestern School District

Child's Name _____ **Birth date** _____

Parents'/Guardians' Names _____ **Phone #** _____

Address _____ **City** _____ **Zip** _____

E-mail Address: _____

Please list the address if your child will be picked up/dropped off at a different location: _____

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

Does your child currently have an IEP? Yes No

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 IU Erie School District

Eligible children that are 4 by the cutoff date for kindergarten in your area have priority over children that are 3. You will be notified by mail of the status of your application. When your child is selected for enrollment, you will be contacted to make an appointment to begin the enrollment process. **Head Start and PreK Counts programs require every enrolled child to have an updated physical and dental examination** and these documents will need to be reviewed prior to enrollment: **proof of family income, child's immunization record and birth certificate.** Please contact us if any of your contact information changes.

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 Social Security Worker's Compensation Other _____

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

Do any of these special circumstances apply to your family? (circle all that apply): Homeless Teen parent
Single Parent Incarcerated Parent

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

For office use only: AR _____ INC _____ OOA _____ OI _____ TY/O _____ Selection Criteria Score: _____

Assigned for intake on: _____ To: _____ By: _____ Returned: _____

CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS
18 WEST NINTH STREET
ERIE, PA 16501
(814) 459-4581 or 1-800-769-2436

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

Estoy aplicando para: (Por favor circule uno)

Día de Hoy _____

HEAD START: a) Programa del Head Start (Septiembre-Mayo)

b) Programa del Cuidado Infantil del Head Start (horas de cuidado de niños antes y después de Head Start para los padres que van a la escuela o trabajo, (hay un costo mínimo por este servicio.)

PROGRAMA PRE K COUNTS: c) localizado en Millcreek, North East, Girard, y en el Distrito Escolar Northwestern.

Nombre del niño _____

Fecha Nacimiento _____

Nombre de los padres _____

Teléfono# _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Correo Electronico: _____

Si su niño será recogido y dejado en una dirección diferente que la de su hogar; por favor escriba la dirección abajo:

¿Está su niño matriculado en un centro de cuidado diurno o guardería? Si _____ No _____

En caso afirmativo: ¿Recibe actualmente CCIS fondos para la guardería? Si _____ No _____

Esta su niño envuelto en el programa de Temprana Intervencion (EIP) Si _____ No _____

¿Ha participado su hijo en cualquier programa de intervención temprana? Si _____ No _____

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

***** Los niños elegibles que giran 4 años de edad por la fecha de límite para el Kindergarten en su área tienen prioridad sobre niños que son 3 años de edad. Una vez que su aplicación es recibida, usted será notificado por correo sobre el estado de su aplicación. Cuando su niño (a) es seleccionado para la inscripción, el encargado del caso se pondrá en contacto con usted para concertar una cita y comenzar el proceso de inscripción. **Los programas de Head Start y Pre K Counts requieren que todos los niños que están inscritos tengan un examen físico y dental actualizado**, también necesitan los siguientes documentos para poder inscribirse: **prueba del ingreso en el hogar, el registro de vacunas y el certificado de nacimiento**. Por favor pongase en contacto con nosotros si su información de contacto cambia.*****

INFORMACION DEL HOGAR:

Número de Niños (menos de 18) _____ Edades _____ Número de Adultos _____

Relación con el Niño: (Por favor circule uno) Padre Madre Abuelo Abuela Tio Tia
 Hermano Hermana Amigo (a) Tutor Padre de Crianza

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

Empleo Asistencia Pública SSI Becas/Préstamos a Estudiantes Pago por hijo de crianza
 Desempleo Manutención de Niños Seguro Social Compensación al trabajador Otro _____

Cantidad del Ingreso: _____ (Por favor circule uno) Semanal 2 semanas Mensual Anual

¿Alguna de estas circunstancias especiales aplican a su familia? (circule todas las que apliquen) sin hogar padre/madre

Adolecente Padre/Madre soltero Padre/Madre encarcelado

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

Evento Recomendado por: _____ Otro: _____

Para uso de la oficina solamente: AR _____ INC _____ OOA _____ OI _____ TY/O _____ Puntuación de selección: _____

Assigned for intake on: _____ To: _____ By _____ Returned: _____