



# 2019-2020 RCS Head Start Preschool Application

Please complete all information on this application so that we can accurately determine your child's eligibility.



Child's Legal Name: \_\_\_\_\_

Child's Date of Birth:     /    /     Child's Social Security Number:     -    -    

Child's Race:  Black/African American  White  Asian  American Indian or Alaskan Native  
 Native Hawaiian or Pacific Islander  Bi-Racial or Multi-Racial  Prefer not to say

Child's Ethnicity:  Non-Hispanic/Non-Latino  Hispanic/Latino  Other \_\_\_\_\_  Prefer not to say

Child's Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_ Child's Sex:  Female  Male

Does your child have any special needs or disabilities we could assist you with in our Head Start program?

No  Prefer not to answer  Yes (please specify) \_\_\_\_\_

Does your child have any chronic health problems?  No  Yes (please specify) \_\_\_\_\_

If yes, does your child currently require medication?  No  Yes (please specify) \_\_\_\_\_

Was child referred to our Head Start program?

No  Prefer not to answer  Yes If yes, by whom? \_\_\_\_\_

Has your child previously been enrolled in another Head Start or Early Head Start program?

No  Prefer not to answer  Yes If yes, which program? \_\_\_\_\_

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s) \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Relationship to Child (Check One):  Parent (s)  Grandparent(s)  Foster parent(s)  Other: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Home Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Alternate Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address of Household: \_\_\_\_\_  
Street City County State Zip

Family Composition:  One Parent/Guardian  Two parents/guardians, married  Two parents/guardians, not married

Is parent/guardian less than 20 years old?  Yes  No  Prefer not to answer  50/50 Joint custody

Mother/Guardian Education & Employment

less than 6<sup>th</sup> grade  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grade  High School Diploma/GED  Some college  College Degree Currently in School?  Yes  No  
Currently Employed?  No  Yes

If yes  Employed Full Time (40+ hours/week)  Employed Part Time (Less than 40 hours/week)  Employed, but hours vary

Father/Guardian Education & Employment:

less than 6<sup>th</sup> grade  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grade  High School Diploma/GED  Some college  College Degree Currently in School?  Yes  No  
Currently Employed?  No  Yes

If yes  Employed Full Time (40+ hours/week)  Employed Part Time (Less than 40 hours/week)  Employed, but hours vary

Does your family currently have a stable living arrangement?

Yes  Prefer not to answer  No (please explain) \_\_\_\_\_

Does your family have any other needs or crises we could assist you with in our Head Start program?

No  Prefer not to answer  Yes (please explain) \_\_\_\_\_

Income of Adults in Household (Needed because of federal eligibility requirements; this information is confidential)

Name of Adult:	Annual Income:	Name of Adult:	Annual Income:
	\$		\$
	\$		\$

Total Number of People including children in Household Related to & Supported by Income of Parent(s)/Guardian(s): \_\_\_\_\_

Total Number of Children in Household Related to & Supported by Income of Parent(s)/Guardian(s): \_\_\_\_\_

Do you receive any of the following? (This information helps us to best determine income eligibility)

SSI  Daycare Voucher  Pell Grant  Other Public Assistance (please specify) \_\_\_\_\_

I certify that the above information is correct and accurate to the best of my knowledge.

Parent/ Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please attach copies of the following to your application (application is incomplete without these attachments):

- Verification of Income (W-2, completed income tax forms, 3 consecutive pay stubs, public assistance, Social Security benefits, SSI, child support, and/or signed statements from employer)
- Child's Birth Certificate
- Child's Insurance or Medicaid Card
- Child's Immunization Record
- Child's Social Security Card



# Aplicación Preescolar de RCS Head Start 2019-2020

Por favor complete TODA la información en esta aplicación para poder determinar la elegibilidad de su niño(a) exacta



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Nombre Preferido o sobrenombre

Fecha de Nacimiento del Niño \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Raza del Niño:  Negra o Afro americano  Blanca  Asiática  Indio americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico  Bi-racial o Multi-racial  Prefiero no decir

Etnicidad del Niño:  No- Hispano/ No- Latino  Hispano/Latino  Otros: \_\_\_\_\_  Prefiero no decirlo

Lenguaje del Niño:  Ingles  Español  Otros: \_\_\_\_\_ Sexo del Niño:  Femenino  Masculino

¿Tiene su niño una necesidad especial o discapacidad que podamos asistirle en nuestro programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un problema crónico de salud?  No  Si (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Si contesta Si, ¿Su niño requiere de medicina actualmente?  No  Si (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Fue su niño referido a este programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si - Si contesta Si, por quien? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su niño matriculado en otro programa de Head Start o de "Early Head Start"?

No  Prefiero no contestar  Si - Si contesta Si, por cuál programa? \_\_\_\_\_

Nombre de los Padre(s) o Tutor(es) Legales: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo

Apellido

Primer Nombre

Segundo

Apellido

Relación con el Niño (Marque uno):  Padre(s)  Abuelo(s)  Padre(s) Adoptivos  Otros: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alterno: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Condado

Estado

Código

La Familia se compone de:  Un Padre/Tutor  Dos Padres/Tutores, Casados  Dos Padres/Tutores, no casados

Custodia compartida 50/50

Educación de la Mamá o Tutora  menos de 6<sup>th</sup> grado  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grado  Escuela Superior o /GED  Algo de Colegio  
 Graduada de Colegio ¿Está en la escuela actualmente?  Si  No

Educación del Papá o Tutor  menos del 6<sup>th</sup> grado  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grado  Escuela Superior o GED  Algo de Colegio  Graduado de Colegio  
¿Está en la escuela actualmente?  Si  No

Estatus de la Mamá o Tutor  Desempleada  Empleada menos de 20 Hrs por semana  Empleada 20-30 Hrs por semana  
 Empleada más de 36 Hrs por semana  Empleada, pero las horas varían

Estatus del Papá o Tutor  Desempleado  Empleado menos de 20 Hrs por semana  Empleado 20-30 Hrs por semana  
 Empleado más de 36 Hrs por semana  Empleado, pero las horas varían

¿Es usted un Padre de menos de 20 años de edad?  Si  No  Prefiero no contestar

¿Tiene su familia un lugar estable de vivienda actualmente?

Si  prefiero no contestar  No (por favor explique) \_\_\_\_\_

Tiene su familia alguna necesidad o crisis con la cual podamos asistirle en nuestro programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si (por favor explique) \_\_\_\_\_

Ingresos de los adultos en casa (Se necesita porque es un requisito federal para probar la elegibilidad; esta información es confidencial)

Nombre del adulto:	Ingreso Anual:	Nombre del Adulto:	Ingreso Anual:
	\$		\$
	\$		\$

Número total de personas en casa incluyendo niños que dependen de los ingresos de los padres o tutores: \_\_\_\_\_

Número total de niños en casa con relación a los padres y que dependen de los Ingresos de los Padres o Tutores: \_\_\_\_\_

¿Usted recibe alguno de los siguientes? (Esta información nos ayuda a determinar mejor la elegibilidad del ingreso)

Ayuda para cuidado de niños  Ayuda para los estudios  SSI (seguridad de Ingresos Suplementarios)  Otra asistencia pública (especifique) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información que he proveído es correcta y precisa con el mejor de mis conocimientos.

Firma del Padre o Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor adjunte copias de lo siguiente a su aplicación (sin esta información, su aplicación no será considerada completa):

Verificación de empleo (forma W-2, formas completas de impuestos, tres talones de cheques consecutivos beneficios del Seguro social, manutención de niño, SSI, copia de cheques de asistencia pública o una declaración firmada por su empleador)  Acta de nacimiento  Aseguransa o Medicaid  Comprobante de vacunas del niño (a)  Tarjeta del Seguro Social del niño (a)

Para Asistencia llame: Burlington 226-5558 o 436-0202; Condado de Caswell: 694-5053; Graham: 229-5250