



2020-2021 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 6th grade 6th - 11th 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 6th grade 6th - 11th 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 2020-2021

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 6th grado 6th - 11th 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 6th grado 6th - 11th 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