



2021-2022 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: _____

First

Middle

Last

Preferred Name/Nickname

Child's Date of Birth: _____

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 Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____ Child's Gender: ☐ 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

First

Middle

Last

Relationship to Child (Check One): ☐ Parent (s) ☐ Grandparent(s) ☐ Foster parent(s) ☐ Other: _____

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 Insurance or Medicaid Card

☐ Child's Birth Certificate

☐ Child's Immunization Record

☐ Child's Social Security Card

For assistance, please call: Burlington: 226-5558 or 436-0202; Caswell County: 694-5053; Graham: 229-5250



Aplicación Preescolar de RCS Head Start 2021-2022

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

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: ☐ Inglés ☐ 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 Alternativo: () _____ - _____

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