



**ENROLL YOUR CHILD IN HEAD START/ INSCRIBA
A SU NIÑO/A EN HEAD START**

**ELKHART & ST. JOSEPH COUNTIES HEAD START
CONSORTIUM**

245 N. Lombardy Drive - South Bend, IN 46619
- 574-283-8127 or 866-440-8843

This institution is an equal opportunity provider

**FREE Federally Funded Preschool Program for Qualifying
Families/
Programa Pre-escolar Gratis con fondos Federales, para las
Familias que califiquen**

Lafayette Elementary School 245 N. Lombardy Dr. Gym Door #6 - Linden Rd Entrance South Bend, IN 46619	Wednesday, Oct 18th 4pm - 7pm Wednesday, Nov 15th 4pm - 7pm
Mary Beck Elementary School 818 McDonald Elkhart, IN 46516	Thursday, Oct 12th 4pm - 7pm Thursday, Nov. 9th 4pm - 7pm

**Age- Birth to 5 years old/ Edad- Nacimiento hasta los 5 años de
edad**

**Family Income-See list below/ Ingresos de la familia
Children with Special Needs may apply/ Niño con necesidades
especiales pueden aplicar**



**ENROLL YOUR CHILD IN HEAD START/ INSCRIBA
A SU NIÑO/A EN HEAD START**

**ELKHART & ST. JOSEPH COUNTIES HEAD START
CONSORTIUM**

245 N. Lombardy Drive - South Bend, IN 46619
- 574-283-8127 or 866-440-8843

This institution is an equal opportunity provider

**FREE Federally Funded Preschool Program for Qualifying
Families/
Programa Pre-escolar Gratis con fondos Federales, para las
Familias que califiquen**

Lafayette Elementary School 245 N. Lombardy Dr. Gym Door #6 - Linden Rd Entrance South Bend, IN 46619	Wednesday, Oct 18th 4pm - 7pm Wednesday, Nov 15th 4pm - 7pm
Mary Beck Elementary School 818 McDonald Elkhart, IN 46516	Thursday, Oct 12th 4pm - 7pm Thursday, Nov. 9th 4pm - 7pm

**Age- Birth to 5 years old/ Edad- Nacimiento hasta los 5 años de
edad**

**Family Income-See list below/ Ingresos de la familia
Children with Special Needs may apply/ Niño con necesidades
especiales pueden aplicar**

**TO PROCESS YOUR HEAD START APPLICATION,
THE FOLLOWING INFORMATION IS NEEDED/**

Para procesar su aplicación, la información siguiente es necesaria:

- Birth Certificate - copy is required/ *Acta de nacimiento—una copia es requerida*
- Up to Date Physical Exam
- Immunization Record - (if child has not been immunized, please see the doctor first)/ *Inmunizaciones— copia del récord*
- Income records from most recent full tax year (W2, tax return, public assistance)/ *12 meses de ingresos (copia impresa de 12 meses)*
- Most recent proof of income (check stub, child support, public assistance statement, etc.)/ *Talón de cheque más reciente (cada persona que trabaja en la familia)*
- T.A.N.F. (current 12 months printout)/ *T.A.N.F. (copia de impresa de 12 meses, la cantidad que recibe su familia cada mes).*
- Medicaid or Affordable Health number for child and primary adult/ *Tarjeta de seguro o de Medicaid*
- Child Support (current 12 months printout) *Nombre, dirección, y teléfono de 3 contactos de emergencia*
- Private Insurance name and number if child is covered under a family plan.
- Name, address and phone numbers of Childs medical and dental doctors/ *Nombre, dirección, y teléfono de médico y dentista del niño*
- 3 Emergency Contacts: names, valid & working phone numbers and addresses *Nombre, dirección, y teléfono de 3 contactos de emergencia*

**TO PROCESS YOUR HEAD START APPLICATION,
THE FOLLOWING INFORMATION IS NEEDED/**

Para procesar su aplicación, la información siguiente es necesaria:

- Birth Certificate - copy is required/ *Acta de nacimiento—una copia es requerida*
- Up to Date Physical Exam
- Immunization Record - (if child has not been immunized, please see the doctor first)/ *Inmunizaciones— copia del récord*
- Income records from most recent full tax year (W2, tax return, public assistance)/ *12 meses de ingresos (copia impresa de 12 meses)*
- Most recent proof of income (check stub, child support, public assistance statement, etc.)/ *Talón de cheque más reciente (cada persona que trabaja en la familia)*
- T.A.N.F. (current 12 months printout)/ *T.A.N.F. (copia de impresa de 12 meses, la cantidad que recibe su familia cada mes).*
- Medicaid or Affordable Health number for child and primary adult/ *Tarjeta de seguro o de Medicaid*
- Child Support (current 12 months printout) *Nombre, dirección, y teléfono de 3 contactos de emergencia*
- Private Insurance name and number if child is covered under a family plan.
- Name, address and phone numbers of Childs medical and dental doctors/ *Nombre, dirección, y teléfono de médico y dentista del niño*
- 3 Emergency Contacts: names, valid & working phone numbers and addresses *Nombre, dirección, y teléfono de 3 contactos de emergencia*