

Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium
Volunteer In-Kind Form 2016-2017

You are being asked to complete this form to assist our program in generating in-kind value.

Head Start Classroom: _____ Date: _____

Volunteer's Printed Name: _____ Phone: _____

Address: _____

Current Head Start Child Name: _____ Relationship: _____

Are you a former Head Start parent? Y / N Are you a former Head Start student? Y / N

Please Check the Boxes next to the appropriate activities in which you participated:

- Home Visit
- Parent/Teacher Conference
- SAT
- Classroom Volunteer
- Home Based Activities
- Homework Packet/Activities
- Center/Site Meeting/Fatherhood/Family Summit
- Community Support
- Training
- Nutrition Activity
- Laundry
- Father Engagement Initiative
- Socialization (EHS Only)
- Planned Event with FACS
- Other: _____
- Description: _____

Time spent on the activities	
	Hours / Minutes
Monday	____/____
Tuesday	____/____
Wednesday	____/____
Thursday	____/____
Friday	____/____
Saturday	____/____
Sunday	____/____
Office Use Only	
TOTAL	____/____
x \$ _____ = \$ _____	

Notice: The information called on for this form relates to the expenditure of and accounting for federal funds and matching non-federal contributions and must be submitted to or held for inspection by an agency of the United States. The furnishing of false information may be punishable by fine or imprisonment or both under U.S. Code, title 18, section 1001.

I herby certify that the information on this form is true, complete and correct to the best of my knowledge and belief and is furnished in good faith.

Volunteer Signature: _____ Date: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Please return the completed form to Head Start staff.

**Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio
Forma de en-especie (horas de voluntario) 2016-2017**

Se le pide completar esta forma para ayudar nuestro programa generar valor de en-especie.

Salón de Head Start: _____ Fecha: _____

Imprente el Nombre del Voluntario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de estudiante de Head Start: _____ Relación _____

¿Fue usted anteriormente padre de Head Start? S / N ¿Usted fue un estudiante de Head Start? S / N

Por favor, marque las casillas junto a las actividades apropiadas en las que participó:

- Visita en mi casa
- Conferencia de P/Madre/Maestro
- Reunión de Equipo de Asistencia de Estudiante (SAT)
- Voluntario de Salón
- Actividades Realizadas en el Hogar
- Paquete/Actividades de Tarea
- Centro/Reunión de Comité de Padres/Paternidad/Cumbre Familiar
- Apoyo de la Comunidad
- Entrenamiento
- Actividad de Nutrición
- Lavar Ropa
- Iniciativa de Participación de Padre (Papá)
- Socialización (solamente EHS)
- Evento planeado con el/la Especialista de Familia e Comunidad
- Otro _____
- Descripción: _____

Tiempo dedicado a las actividades	
	Horas / Minutos
Lunes	____/____
Martes	____/____
Miércoles	____/____
Jueves	____/____
Viernes	____/____
Sábado	____/____
Domingo	____/____
Uso de Oficina Solamente	
TOTAL	____/____
x \$ _____ = \$ _____	

AVISO: La información solicitada en este formulario se refiere a los gastos y la contabilidad de los fondos federales y la correspondiente contribución no federal y debe ser presentado o estar en posesión de la inspección de una agencia de los Estados Unidos. El suministro de información falsa puede ser castigado por el código de multa o prisión o ambas bajo el título 18, sección 1001.

Por la presente certifico que la información en este formulario es verdadera, completa y correcta según mi entendimiento y creencia y esta proporcionada de buena fe.

Firma de Voluntario: _____ Fecha: _____

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva el formulario completo al personal de Head Start.