

Was your child on the waitlist last year? If so, please reapply at locations listed below!/
¿Su hijo/a estuvo en la lista de espera el año pasado? Si así es, vuelva a re aplicar en las ubicaciones indicadas a continuación!



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**

**Please arrive 30 minutes before the end of the Open Enrollment in order to complete your application./
Por favor, llegue 30 minutos antes del final de la inscripción abierta para completar su solicitud.**

Lafayette Elementary – Gym Door #6 245 N. Lombardy Dr., South Bend	Tuesday, June 5th 10am - 2pm
---	-------------------------------------

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*