

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

Select Locations are On My Way Pre-K providers.

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

Mary Beck Elementary, 818 McDonald St, Elkhart	May 30 5-6:30pm
Lafayette Elementary – Gym Door 6 245 N Lombardy Dr, South Bend	June 4, 6 9am-5pm
Washington Gardens Community Room, 315 Chapman Ave, Elkhart	June 5 9am-2:30pm

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

Family Income-See list below/ Ingresos de la familia-Vea la lista

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/ Examen Físico al día.
- Immunization Record - (if child has not been immunized, please see the doctor first)/*Inmunizaciones—copia del record (si su hijo no ha sido vacunado, por favor que lo vea el médico primero)*
- Income records from most recent full tax year for each adult in the family (W2, tax return 1040, child support, public assistance)/*ingresos economicos del mas reciente año complete de los tax de cada persona que trabaja en la familia, (W-2, Retorno de los tax 1040, Manutencion para niños, asistencia publica)*
- T.A.N.F. (current 12 months printout)/ *T.A.N.F. (copia impresa de 12 meses, la cantidad que recibe su familia cada mes).*
- Medicaid or Private insurance for your child /*Tarjeta de seguro medico privado o Medicaid*
- Name, address and phone numbers of Child’s medical and dental doctors/*Nombre, dirección, y teléfono de médico y dentista del niño*
- 3 Emergency Contacts: names, valid & working phone numbers and addresses/*3 Contactos de emergencia Nombre, dirección, y teléfono validos.*