

**Elkhart & St. Joseph Counties Head Start Consortium
Volunteer In-Kind Form 2024-2025**

You are being asked to complete this form to assist our program in generating in-kind value.
This institution is an equal opportunity provider.

Current Head Start Child Name: _____ Relationship: _____

Site/School: _____ Room Number: _____

Volunteer's Printed Name: _____ Phone: _____

Volunteer Signature: _____ Date: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

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 - Reading/Activity
- Homework Packet/Activities
- Training - Transition
- Father Engagement Initiative
- Nutrition Activity
- Laundry - Math/Colors/Sorting
- 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 hereby 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.

Please return the completed form to Head Start staff.

Office Use Only	
___ Allowed ___ Disallowed	Entered by: _____ Date: ___/___/___

**Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio
Forma de en-especie (horas de voluntario) 2024-2025**

Se le pide completar esta forma para ayudar nuestro programa generar valor de en-especie.
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Nombre de estudiante de Head Start: _____ Relación _____

Salón de Head Start/escuela: _____ Numero del Salón: _____

Imprente el Nombre del Voluntario: _____ Teléfono: _____

Firma de Voluntario: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

¿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
- SAT
- Voluntario de Salón
- Paquete/Actividades de Tarea
- 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.

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

Office Use Only/Par uso dela oficina	
___ Permitido ___ No Permitido	Ingresado por: _____ Fecha: ___/___/___