

**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**

Lafayette Elem. School - Gym Door #6 245 N. Lombardy Dr. - South Bend, IN	July/Julio 25, 26, 27; 9am - 2pm
Elkhart Administration Bldg. 2720 California Rd., Elkhart, IN	July/Julio 26 & 27; 9am - 2pm
Elkhart Tolson Community Center 1300 Benham Avenue - Elkhart, IN	July/Julio 25; 10am - 3pm
Roxbury Park Office 406 Post Rd – Goshen, IN 46526	July/ Julio 25; 9am – 4pm

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*