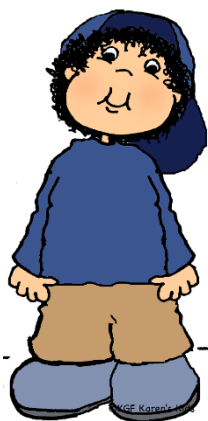


# West River Head Start Application

En Español



Age requirement: 3 – 5 years old. A child is age-eligible on his/her 3rd birthday...even during the school year! Kindergarten-age children cannot enroll in Head Start.

**Requisito de edad: 3 - 5 años.** Un niño es elegible para la edad en su 3er cumpleaños ... ¡incluso durante el año escolar! Los niños de kínder no pueden inscribirse en Head Start.

Classroom Hours: Children attend Monday-Thursday

Mandan 3 classes 8AM - 2PM and one class 7:30 AM – 3:30 PM, Carson and Hazen 8 AM - 4 PM, New Salem 7:30 AM - 3:30 PM CT.

Horario: los niños asisten de lunes a jueves

Mandan 8 AM - 2PM o 7:30-3:30, Carson y Hazen 8 AM - 4 PM, New Salem 7:30 AM - 3:30 PM CT.

There is no charge to the families who participate in this program. We provide services to children who live in Morton, Oliver, Grant and Mercer counties with classrooms in Mandan, New Salem, Carson & Hazen.

No hay cargo para las familias que participan en este programa. Brindamos servicios a niños que viven en los condados de Morton, Oliver, Grant y Mercer condados en Mandan, New Salem, Carson & Hazen.

**Submit the following documents with the application to determine your child's eligibility. (Presente los siguientes documentos con la solicitud para determinar la elegibilidad de su hijo)**

- ✓ Verification of Income (*verificación de ingresos*)
  - 2020 tax return; OR (*declaración de impuestos de 2020; O*)
  - Current pay stubs; OR (*talonarios de pago actuales; O*)
  - Proof of: TANF, SSI, Foster Care; OR (*Prueba de: TANF, SSI, Cuidado de crianza; O*)
  - Homelessness or No Income (forms are attached) / *Falta de vivienda (diambulante) o sin ingresos (se adjuntan formularios)*
- ✓ Verification of child support (if applicable) *Verificación de manutención infantil (si es elegible).*
- ✓ Child's birth certificate or official proof child's date of birth (*certificado de nacimiento del niño. o la fecha oficial de nacimiento del niño*)
- ✓ Immunization record (*registro de inmunización*)
- ✓ Medicaid card or health insurance card (*tarjeta de Medicaid o tarjeta de seguro medico*)

If your income decreases, submit updated verification.  
*Si tu ingreso disminuye, enviar verificación actualizada.*

## 2021 Income Guidelines / Directrices de Ingreso 2021

Persons in family / Cuantos en la familia	100% Poverty 100% Pobreza	130% Poverty 130% Pobreza
2	\$ 17,420	\$ 22,646
3	\$ 21,960	\$ 28,548
4	\$ 26,500	\$ 34,450
5	\$ 31,040	\$ 40,352
6	\$ 35,580	\$ 46,254
7	\$ 40,120	\$ 52,156
8	\$ 44,660	\$ 58,058

Head Start is a federally funded program. Eligible families receive priority.

Head Start es un programa financiado por el gobierno federal. Las familias elegibles reciben prioridad.



## Our Contact Information / Información de Nuestros Contactos

1004 7 <sup>th</sup> St SW Mandan, ND 58554 Tel (701)663-9507 Fax (701)663-9643 MAIN OFFICE	210 2 <sup>nd</sup> Ave West PO Box 197 Carson, ND 58529 (701)622-3505 Fax (701)622-3236	519 1 <sup>st</sup> Ave NE PO Box 487 Hazen, ND 58545 Tel (701)748-3736 Fax: please call for info	400 N 4 <sup>th</sup> Street PO Box 116 New Salem, ND 58563 Tel (701)843-8061 Fax: please call for info
---	--	---	---

## A LOOK AHEAD...

After you have been notified that your child will be attending Head Start, set up appointments for the **Well Child Exam OR Health Tracks Screening** and **Dental Exam**. If your child has had an exam in the last 12 months, have the provider complete the West River Head Start form.

★ **Well Child Exam / Health Tracks Screening** If you are Medicaid eligible, you qualify for Health Tracks Screening through Custer Health. Health Tracks Screenings are scheduled through Social Services.

- Grant County (701) 622-3706
- Mercer County (701) 745-3384
- Morton County (701) 667-3395
- Oliver County (701) 794-3212

★ **Dental Exam** Schedule with your family dentist.



## A un paso

*Después que se le haya notificado que su hijo asistirá a Head Start, programe citas para el examen **W Child** o el examen de detección y seguimiento dental Health Tracks.. Si su hijo ha tenido un examen en los últimos 12 meses, haga que el proveedor complete el formulario de West River Head Start.*

**Examen de bienestar infantil / Examen de Seguimiento de Salud.** Si usted es elegible para Medicaid cualifica para el examen de seguimiento de salud a través de Custer Health. Los exámenes de Health Tracks se programan a través de los servicios sociales.

- Condado de Grant (701) 622-3706
- Condado de Mercer (701) 745-3384
- Condado de Morton (701) 667-3395
- Condado de Oliver (701) 794-3212

**Examen dental:** Llamar para cita del examen dental con su dentista familiar.

# West River Head Start Application

*Assurance of confidentiality:* This information is being requested on a voluntary basis. The information will help us determine the services most appropriate to meet your family's needs. Some information may be used to help guide national programming. If you choose not to provide some of the information, it will not affect your child's services. However, some information is required to determine if your child is eligible for the program. All information will be held in strict confidence.

*Garantía de confidencialidad:* esta información se solicita de forma voluntaria. La información nos ayudará a determinar los servicios más adecuados para satisfacer las necesidades de su familia. Parte de la información se puede usar para ayudar a proteger la programación nacional. Si elige no proporcionar parte de la información, esto no afectará los servicios de su hijo. Sin embargo, se requiere cierta información para determinar si su hijo es elegible para el programa. Toda la información se llevará a cabo en estricta confidencialidad.

## Enrollment Information

Child to Enroll / Participante (Niño(a))					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male ( <i>masculino</i> ) <input type="checkbox"/> female ( <i>femenina</i> )
Race / Raza		Hispanic / Hispano	Other Language / Otra Idioma	Other Language Proficiency / Habilidad de otro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asian / <i>Asiático</i> <input type="checkbox"/> Black / <i>Negro</i> <input type="checkbox"/> White / <i>Blanco Americano</i> <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / <i>Americano Native</i> <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander / <i>Isleño Pacífico</i> <input type="checkbox"/> Multi-Racial / <i>Multiracial</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otro:</i> _____		<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>		<input type="checkbox"/> None / <i>Ninguna</i> <input type="checkbox"/> Little / <i>Poco</i> <input type="checkbox"/> Moderate / <i>Moderada</i> <input type="checkbox"/> Proficient / <i>Proficiente</i>	
Medical Insurance / Seguro Medico	Medicaid Eligibility / Eligibilidad Medicaid		Medicaid # / Número de Medicaid	Doctor-Medical Home / Dr. Primario	
	<input type="checkbox"/> Not eligible / <i>No es elegible</i> <input type="checkbox"/> On Medicaid / <i>On Medicaid</i> <input type="checkbox"/> Potentially eligible / <i>Potencialmente elegible</i>				
Dental Coverage / Cobertura Dental	Dental Coverage # / Número de Dental		Dentist-Dental Home / Dentista Primario		
Has the child been identified as having, or is suspected of having, any of the following? / <i>El niño o niña a sido identificado o sospechoso de lo siguiente?</i>			<input type="checkbox"/> Parent report indicates no disabilities. / <i>Padre indica que no hay discapacidad.</i>		
Mark all that apply / <i>Escoja todos los que aplicué.</i> <input type="checkbox"/> Autism / <i>Autismo</i> <input type="checkbox"/> Emotional/behavioral disorder / <i>Conducta de Desorden emocional</i> <input type="checkbox"/> Health impairment / <i>Discapacidad de salud</i> <input type="checkbox"/> Hearing impairment / <i>Discapacidad al escuchar</i> <input type="checkbox"/> Learning disability / <i>Problema de aprendizaje</i> <input type="checkbox"/> Orthopedic impairment / <i>Discapacidad ortopedico</i> <input type="checkbox"/> Speech or language impairment / <i>Discapacidad del habla o language</i> <input type="checkbox"/> Traumatic brain injury / <i>Lesion cerebral Traumático</i> <input type="checkbox"/> Visual impairment (including blindness) / <i>Discapacidad visual (incluyendo seguera)</i>		Other impairments (please list) / <i>Otros Discapacidad:</i>	Is your child on an Individualized Education Plan (IEP)? / <i>¿Su hijo está en un Plan de Educación Individualizado (IEP)?</i> <input type="checkbox"/> yes / <i>si</i> <input type="checkbox"/> no / <i>no</i>  If you answered yes: / <i>Si marcas si:</i> <input type="checkbox"/> Speech / Language Delay / <i>Retraso del habla</i> <input type="checkbox"/> Non-categorical Delay / <i>Retaso no categorico</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otros:</i> _____		

Child to Enroll Address / Dirección para inscribir Niño (a)						
Living Address / Dirección de Residencia	Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado		
Mailing Address (if different from living address) / Dirección Postal (si es diferente)	Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado		
Parental Status (check one) / Estado de Padre / Madre (Llene uno)	Primary Language at Home / Idioma Principal en el Hogar	Homeless Family / Familia sin Hogar	Active Duty Military / Familia Militar activa	Referred by Child Welfare Agency / Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Receiving SNAP / Reciben SNAP	WIC / WIC
<input type="checkbox"/> One / <i>Uno</i> <input type="checkbox"/> Two / <i>Dos</i>		<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>

**Parent / Guardian #1 Information / Información Padres o encargado Principal #1**

First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina

Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Other Language / Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	

Highest Grade Completed / Nivel de Educación completado	Employment Status / Estado de Empleo	Child's Relationship / Relación con Niño(a)	Custody / Custodia	Lives with child / Vive con hijo(a):
<input type="checkbox"/> HS Graduate /Graduado Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED / GED <input type="checkbox"/> Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____ <input type="checkbox"/> Some college / Universidad no completado <input type="checkbox"/> Associate's / Asociado <input type="checkbox"/> Bachelor's / Bachillerato <input type="checkbox"/> Master's / Maestría <input type="checkbox"/> Doctorate / Doctorado	<input type="checkbox"/> Full Time / Tiempo completo <input type="checkbox"/> Part Time / Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Seasonal / Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Training or School / Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Unemployed / Desempleado	<input type="checkbox"/> Biological-Adopted-Step / Biológico-Adoptado-Padrasto <input type="checkbox"/> Grandchild / Nieto <input type="checkbox"/> Other Relative / Otro pariente <input type="checkbox"/> Foster / Casa cuna <input type="checkbox"/> Other / Otro	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca

Place of Employment / Lugar de Empleo	How often do you get paid? / Con que frecuencia le pagan?	Email Address / Dirección electronica (email)
	<input type="checkbox"/> Every 2 weeks / Cada 2 semana <input type="checkbox"/> Weekly / Semanal <input type="checkbox"/> Twice a month / 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Monthly / Mensual <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	

Living Address / Dirección Residencial	Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado

Mailing Address (if different from living address) / Dirección Postal (si es diferente)	Zip Code / Código Postal	City / Ciudad	State / Estado	County / Condado

Phone Number(s) / Número(s) de Teléfono	Check one) / (Excoje uno)	Opt In for Text Messages / Optar por mensajes de texto
	<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No

	<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
--	--	---

	<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
--	--	---

**Parent / Guardian #2 Information / Información Padres o encargado Principal # 2**

First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero	
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina	
Race / Raza		Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles		Other Language / Otra Idioma	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacifico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____		<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente			
Highest Grade Completed / Nivel de Educación completado	Employment Status / Estado de Empleo		Child's Relationship / Relación con Niño(a)	Custody / Custodia	Lives with child / Vive con hijo(a):	
<input type="checkbox"/> HS Graduate / Graduado Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED / GED <input type="checkbox"/> Highest grade level completed: Nivel mas alto completado: _____ <input type="checkbox"/> Some college / Universidad no completado <input type="checkbox"/> Associate's / Asociado <input type="checkbox"/> Bachelor's / Bachillerato <input type="checkbox"/> Master's / Maestría <input type="checkbox"/> Doctorate / Doctorado	<input type="checkbox"/> Full Time / Tiempo completo <input type="checkbox"/> Part Time / Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Seasonal / Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Training or School / Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Retired or Disabled / Retirado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Unemployed / Desempleado		<input type="checkbox"/> Biological-Adopted-Step / Biologico-Adoptado-Padrasto <input type="checkbox"/> Grandchild / Nieto <input type="checkbox"/> Other Relative / Otro pariente <input type="checkbox"/> Foster / Casa cuna <input type="checkbox"/> Other / Otro	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	
Place of Employment / Lugar de Empleo		How often do you get paid? / Con que frecuencia le pagan?		Email Address / Dirección electronica (email)		
		<input type="checkbox"/> Every 2 weeks / Cada 2 semana <input type="checkbox"/> Weekly / Semanal <input type="checkbox"/> Twice a month / 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Monthly / Mensual <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____				
Living Address / Dirección Residencial		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad		State / Estado	County / Condado
Mailing Address (if different from living address) / Dirección Postal (si es diferente)		Zip Code / Código Postal	City / Ciudad		State / Estado	County / Condado
Phone Number(s) / Número(s) de Teléfono		Check one) / (Excoge uno)			Opt In for Text Messages / Optar por mensajes de texto	
		<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro			<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	
		<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro			<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	
		<input type="checkbox"/> Cell / Celular <input type="checkbox"/> Home / Hogar <input type="checkbox"/> Work / Trabajo <input type="checkbox"/> Other / Otro			<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	

**Please list all other children who live in the home. Por favor mensione todo los niños(a) que viva en el hogar.**

Child #1					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relacion con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	<input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos <input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro <input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	

Child #2					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relacion con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	<input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos <input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro <input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	

Child #3					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relación con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	<input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos <input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro <input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biologico / Legal / relacionado	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	

Child #4					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relación con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	<input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos <input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro <input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biológico / Legal / relacionado	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	

Child #5					
First Name / Primer Nombre	Middle Name / Segundo nombre	Last Name / Apellido	Suffix / Sufijo	Birthday / Fecha de nacimiento	Gender / Genero
					<input type="checkbox"/> male / masculino <input type="checkbox"/> female / femenina
Race / Raza	Hispanic / Hispano	English Proficiency / Dominio del ingles	Relationship to Child Applicant / Relación con el aplicante	Lives with the Child Applicant / Vive con el aplicante	
<input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Black / Negro <input type="checkbox"/> White / Blanco Americano <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native / Americano Native, Indio Americano / Nativo de Alaska / Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian / Pacific Islander / Isleño Pacífico, / Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Multi-Racial / Multiracial <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> None / Ninguna <input type="checkbox"/> Little / Poco <input type="checkbox"/> Moderate / Moderada <input type="checkbox"/> Proficient / Proficiente	<input type="checkbox"/> Sibling / Hermanos <input type="checkbox"/> Step-sibling / Hermanastro <input type="checkbox"/> No biological / legal / relationship / No biológico / Legal / relacionado	<input type="checkbox"/> All the time / Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Some of the time / algunas veces <input type="checkbox"/> Never / nunca	

**If you are applying for multiple children, please complete a separate copy of this form for each applicant.**

*Si solicita para varios hijos, complete una copia por separado de este formulario para cada solicitante.*

**Certification:** I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

*Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede finalizar y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y que puede acceder a ella durante el horario comercial normal.*

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian signature / Firma del padre / guardian

\_\_\_\_\_  
Date / fecha





**Eligibility Document: Family / Individual Claiming Zero Income**

*Documento de elegibilidad: familia / individuo reclamando cero ingreso*

**Complete only if you have no income. / Complete solo si no tiene ingreso.**

***Explain how you are meeting your family's basic needs.  
Explica cómo estás satisfaciendo las necesidades básicas de tu familia.***

How are you providing clothing for your family? / *¿Cómo está proporcionando ropa para su familia?*

How are you covering the cost of housing? / *¿Cómo cubre el costo de la vivienda?*

How are you paying for food for your family? / *¿Cómo está pagando por la comida de su familia?*

Describe your living situation / *Describe tu situación de vida:*

***I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:***

Name: \_\_\_\_\_ Relationship/title: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Signature of parent / <i>Firma del padre</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>

**This side is to be completed by  
WEST RIVER HEAD START STAFF**

**Third Party Zero Income Verification Notes:**

**1. What is your relationship with the applicant?**

**2. How long have you known them?**

**3. Explain what you know about their situation.**

**4. Can you verify there is zero income?**

West River Head Start  
**Homeless Verification Form**  
*Verificación de Deambulante*

**Complete only if you are homeless. / Complete si no tiene hogar.**

Subtitle B of the Title VII of the McKinney-Vento Homeless Assistance Act (and the Improving Head Start for School Readiness Act of 2007) defines "homeless" as follows: / *El subtítulo B del Título VII de la Ley de asistencia a personas sin hogar McKinney-Vento (y la Ley de mejora de Head Start para la preparación escolar de 2007) define "sin hogar" de la siguiente manera:*

- Individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence;  
*Individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada;*
- Children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason;  
*Niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar;*
- Children and youths who are living in motels, hotels, trailer parks or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations;  
*Niños y jóvenes que viven en moteles, hoteles, casas rodantes o áreas de camping debido a la falta de alojamientos adecuados alternativos;*
- Children and youths who are living in emergency or transitional shelters;  
*Niños y jóvenes que viven en refugios de emergencia o transitorios;*
- Children and youths who are abandoned in hospitals;  
*Niños y jóvenes que son abandonados en hospitales;*
- Children and youths who are awaiting foster care placement;  
*Niños y jóvenes que esperan colocación en hogares subtituto;*
- Children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings;  
*Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no diseñado o utilizado ordinariamente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos;*
- Children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings;  
*Niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobuses o trenes, o entornos similares;*
- Migratory children who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described above.  
*Niños migratorios que cualifican como personas sin hogar a los efectos de este formulario, porque los niños viven en las circunstancias descritas anteriormente.*

I give permission for West River Head Start to contact a third party to verify this information. My third party contact is:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship/title: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Signature of parent / guardian / adult verifying initial statement / <i>Firma del padre / tutor / adulto que verifica la declaración</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>
Staff Signature / <i>Firma del empleado</i>	Date / <i>Fecha</i>

**This page is for  
OFFICE USE ONLY**

**Third Party Homeless Verification Notes:**

**1. What is your relationship with the applicant?**

**2. Can you explain what you know about their situation?**

**3. Can you verify that they are homeless?**