



## Application for Early Head Start

### CHILD INFORMATION

Full Name		Date of Birth / /	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Is your child currently enrolled in child care? If so, where?
Does your child have an IFSP or receive any other special services? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please explain:				Race: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Bi/Multi- Racial <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> If other or Bi/Multi Racial Please list:
Child lives with: <input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other				

### FAMILY/APPLICANT INFORMATION

Full Name		Date of Birth / /	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Relationship to child:
Street Address			Apartment/Unit #	
City	State	ZIP	County	
Phone	Alternate Phone			
E-mail Address	Employer		Annual Income	
What is your marital status? <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced	<b>Currently on CCDF? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO</b> Are you currently receiving any government assistance? (TANF, SSI, etc.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		What is your highest education level? <input type="checkbox"/> Grade 9 or less <input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> Advance Training/ Certificate, Please List: <input type="checkbox"/> Degree, Please List:	
Race: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Bi- Racial Please list: <input type="checkbox"/> Other Please list:	Ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black (Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Asian/ Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Other	What is the primary language spoken in the home? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Other Please List:		Proficiency in language spoken in the home: <input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Beginner

### HOUSEHOLD INFORMATION

*Please list any family members living in the household.*

Full Name		Date of Birth		Relationship to child	
Full Name		Date of Birth		Relationship to child	
Full Name		Date of Birth		Relationship to child	
Full Name		Date of Birth		Relationship to child	

How did you hear about Early Head Start? <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> On-site	Site Preference: <input type="checkbox"/> United Methodist Children and Youth Center- 2327 East 10 <sup>th</sup> St. Indianapolis, IN 46201 <input type="checkbox"/> Day Early Learning Center for Infants and Toddlers- 1030 W. 16 <sup>th</sup> St. Indianapolis, IN 46202 <input type="checkbox"/> The Children's Village- 5555 Galeao Ct. Indianapolis, IN 46241
--	---

### PARENT/GUARDIAN CONSENT

**I understand that this is only an application and does not guarantee enrollment in the program. All information will remain confidential. I am legally responsible for this child.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
Application Date



## Aplicación para Early Head Start

INFORMACIÓN DE NIÑO(A)				
Nombre Legal		Fecha de nacimiento / /	Sexo ( ) Masculino ( ) Femenino	¿Es su niño(a) registrado con una guardería actualmente? Si sí, ¿dónde?
¿Tiene si niño(a) un impedimento o recibe servicios especiales? ( ) Sí ( ) No Si sí, por favor explica:				Raza: ( ) Afro-Americano ( ) Blanco ( ) Hispano ( ) Dos o más razas ( ) Otro ( ) Si otro o dos o más razas Por favor indíquelos:
Su niño(a) vive con: ( ) Ambos padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Guardián Legal ( ) Otro				

INFORMACIÓN DE FAMILIA/SOLICITANTE				
Nombre Legal		Fecha de nacimiento	Sexo ( ) Masculino ( ) Femenino	Relación al niño(a):
Dirección	Apartamento #			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Teléfono	Otro Teléfono			
Correo Electrónico	Empleador		Ingresos Anual	
¿Cuál es su estado civil? ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Solo/a		<b>¿Recibe CCDF actualmente?</b> <b>( ) Sí ( ) NO</b> ¿Recibe otra ayuda del gobierno actualmente? (TANF, SSI, etc.) ( ) Sí ( ) No		¿Cuál es su nivel educativo que recibió? ( ) Grado noveno 9º o menos ( ) Graduado de secundaria/ GED ( ) Certificado Avanzado, Indíquelo: ( ) Diploma, Indíquelo
Raza: ( ) Afro-Americano ( ) Blanco ( ) Hispano ( ) Dos o más razas ( ) Otro ( ) Si otro o dos o más razas, por favor indíquelos:	Etnicidad: ( ) Blanco ( ) Afro-americano ( ) Asiático ( ) Hispano/Latino ( ) Otro, por favor indíquelos:		¿Qué lengua habla en el hogar? ( ) Inglés ( ) Español ( ) Árabe ( ) Otro, por favor indíquelos:	

INFORMACIÓN DE HOGAR				
<i>Por favor indíquelos miembros de la familia que viven en el hogar</i>				
Nombre Legal		Fecha de nacimiento		Relación al niño
Nombre Legal		Fecha de nacimiento		Relación al niño
Nombre Legal		Fecha de nacimiento		Relación al niño
Nombre Legal		Fecha de nacimiento		Relación al niño
¿Cómo encontró el programa? ( ) Referencia ( ) Online/red ( ) Centro ( ) Otro:		Preferencia del centro: ( ) United Methodist Children and Youth Center- 2327 East 10 <sup>th</sup> St. Indianapolis, IN 46201 ( ) Day Early Learning Center for Infants and Toddlers- 1030 W. 16 <sup>th</sup> St. Indianapolis, IN 46202 ( ) The Children's Village- 5555 Galeao Ct. Indianapolis, IN 46241		

### CONSENTIMIENTO DE PADRE/ GUARDIÁN

**Entiendo que esta sola es una aplicación. No garantiza la inscripción de mi niño(a) al programa. Toda la información se permanecerá confidencial. Soy legalmente responsable de este niño(a).**

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

