



The Institute for Human and Social Development
Head Start/Early Head Start Program is offering
**FREE CHILD DEVELOPMENT
PROGRAMS**

We offer the following child development programs throughout San Mateo County

- Full Day Classrooms for children ages 3 - 5 (7:30 - 5:00/8:00 - 5:00/8:00 - 4:00)
- Full Day Classroom for children ages birth to 3 years of age (Half Moon Bay only)
- Part Day Classrooms for children ages 3 - 5 (AM & PM Classes are 3 ½ hours long)
- Home Visiting Program for children birth to five years of age and pregnant women
- Family Child Care for children ages 6 weeks to three years of age

Visit our website for more information: www.ihsdinc.org

Our programs provide children with kindergarten readiness skills while also ensuring they are healthy and ready to learn. Parents are offered an opportunity to learn leadership skills, volunteer in the classroom, and will have access to our family services staff for support services and referrals to community agencies. IHSD provides meals in the center based programs by participating in the federally funded Child and Adult Care Food Program.

This institution is an equal opportunity provider.

Ensure your child reaches their full potential by enrolling today!

-Application Instructions (initial application on reverse)-

- Family Income must be at or below the current Federal Poverty level based on family size (see our website for poverty levels). Families participating in CalWORKs, TANF (and some other government subsidies) are automatically eligible. Submit pay stubs for 1 month, tax statement, employer letter or proof of cash aide, food stamps, etc.
- Proof of your child's age. Submit birth certificate, hospital record, or baptismal records.
- Families of children with disabilities are encouraged to apply (you may qualify for income exemption).

For more information about enrolling your child in one of our programs call the location nearest you:

East Palo Alto Locations

1385 Bay Rd: 650-326-9498/ 650-326-5610
1019 Laurel Ave: 650-330-1595
1425 Bay Rd: 650-323-2281

Menlo Park/Redwood City

6th Ave: 650-369-7970
3502 Middlefield Rd: 650-368-2698

Daly City

699 Serramonte Blvd: 650-992-6027

San Mateo

130 San Miguel Way: 650-638-1658
715 Indian Ave. Rm 37: 650-343-7908

Half Moon Bay

HMB: 650-726-3869
Moonridge: 650-712-8729

Home Visiting Program

South Co.: 650-368-0727/650-368-3448
North Co.: 650-737-5715/650-737-5713

South San Francisco

825 Southwood Dr: 650-737-5702
1265 Mission Rd. (Main Office): 650-871-5613/650-871-2690



Institute for Human and Social Development, Inc.
 Head Start • Early Head Start • State Preschool

Initial Application for Enrollment

CHILD'S INFORMATION

CHILD'S FIRST NAME	LAST	MIDDLE	GENDER <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Birth Date
Physical Address		City	Zip	
Homeless <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mailing Address (if different)		City	Zip
Primary Phone		Alternate Phone		Alternate Phone
Does child have a suspected disability or special Need? <input type="checkbox"/> Suspected		Does child have a current IEP/IFSP from the school district? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

FAMILY MEMBER INFORMATION

PARENT/GUARDIAN NAMES:

FIRST	LAST	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian	Birthdate ____/____/____
FIRST	LAST	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian	Birthdate ____/____/____

Family Type One Parent Two Parents
If pregnant, indicate due date: _____

Do all Parents/Guardians above have Legal Custody of the Child? Yes No
 If no, please be specific: _____

Primary Language Spoken at Home:
 English Spanish Arabic Tagalog Other _____

Number of people living in your household for whom you provide financial support:

Name of Other Children and Family/Household Members Living in your household Whom you Support	Birth Date	Relationship	Family Member	Gender
			<input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

INCOME ELIGIBILITY Attach the most current check stubs (for an entire month), W-2 Form, Letter of Employment, and /or "Notice of Action" (CalWORKS letter) as verification. **Have you ever received services from IHSD before** Yes No

FAMILY ELIGIBILITY

Circle One

Are you receiving any support from Social Services? If yes, please explain:			Yes	No	
CalWORKs (TANF) Program:	Yes	No	Do you receive child support?	Yes	No
SSI:	Yes	No	Other income sources?	Yes	No

Write in all sources of income for each adult living in the home that provide financial support for the child. Include any salary/wages, self-employment, supplemental security, disability, unemployment, worker's compensation, child support, and alimony.

Name	Relationship	Date of Payment	Source of Income	Amount	Frequency Paid	Employed	Student Training Program
						Yes No	Yes No
						Yes No	Yes No

I certify under penalty of perjury that any other adults living in the home whose income is not listed are not the biological, adoptive, or step mother/father of my child(ren). Furthermore, I certify that the information in this enrollment application is true and complete to the best of my knowledge. If any part is false or omitted, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I understand that my eligibility may be reviewed by representatives of the State of California and the Federal Government.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Attach a Birth Certificate, child's vaccination records, proof of income and bring or mail this application to the main office at:

IHSD, Inc.
 1265 Mission Road
 South San Francisco, CA 94080

Call (650) 871-5613 if you have any questions and need assistance or visit our website at www.ihsdinc.org.



INSTITUTE FOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT

The Institute for Human and Social Development Head Start/Early Head Start Program is offering

PROGRAMAS GRATUITOS DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ

Ofrecemos los siguientes programas del desarrollo de la niñez en el Condado de San Mateo

- Salones de Clase de Tiempo Completo para niños de edades 3 - 5 (7:30 - 5:00/8:00 - 5:00/8:00 - 4:00)
- Salones de Clase de Tiempo Completo para niños desde nacimiento á 3 años de edad (solamente en Half Moon Bay)
- Salones de Clase de Medio Día para niños de edades 3 - 5 (Clases AM & PM - 3½ horas)
- Programa de Visitas en el Hogar para niños desde nacimiento hasta cinco años de edad y mujeres embarazadas
- Cuidado de Niños para niños de 6 semanas hasta los tres años de edad

Visite nuestra páaina de Internet: www.ihsdinc.org

Nuestros programas le ofrecen a los niños habilidades de preparación para kindergarten y al mismo tiempo aseguran que estén saludables y listos para aprender. Les ofrecemos a los padres la oportunidad de aprender habilidades de liderazgo, ser voluntarios en el salón de clase, y tener acceso a que nuestro personal de servicios familiares les ayude a obtener servicios de asistencia y recursos de las agencias de la comunidad. IHSD ofrece alimentos en los programas por medio de la participación en el Programa federal de Alimentos para Adultos y Niños.

Esta institución es un proveedor de oportunidades de igualdad.

Asegúrese de matricular a su niño hoy para que alcancé su potencial máximo

-Instrucciones para Aplicar (Aplicación Inicial al otro lado)-

- Ingresos familiares deben estar cerca ó debajo del nivel de Pobreza Federal basado en el tamaño familiar (vea nuestra página de internet para referirse a los niveles de pobreza). Familias participando en CalWORKs, TANF (y otros subsidiarios del gobierno) automáticamente son elegibles. Someta sus talones de cheque por un mes, copias de impuestos, carta de su empleador ó constante de ayuda monetaria, estampillas para alimentos, etc.
- Constante de la edad del niño/a. Someta el certificado de nacimiento, cualquier documento del hospital, ó certificado de bautismo.
- Animamos que familias con niños que tienen inhabilidades apliquen (pueden calificar por medio de exclusión de ingresos).

Para más información acerca de cómo matricular a su niño en uno de nuestros programas, llame al centro más cercano a usted:

Centros en East Palo Alto

1385 Bay Rd: 650-326-9498/ 650-326-5610
1019 Laurel Ave: 650-330-1595
1425 Bay Rd: 650-323-2281

Menlo Park/Redwood City

6th Ave: 650-369-7970
3502 Middlefield Rd: 650-368-2698

Daly City

699 Serramonte Blvd: 650-992-6027

San Mateo

130 San Miguel Way:650-638-1658
715 Indian Ave. Rm 37: 650-343-7908

Half Moon Bay

HMB: 650-726-3869
Moonridge: 650-712-8729

South San Francisco

825 Southwood Dr: 650-737-5702
1265 Mission Rd. (Main Office): 650-871-5613/650-871-2690

Programa de Visitas en el Hogar

South Co.: 650-368-0727/650-368-3448
North Co.: 650-737-5715/650-737-5713



Institute for Human and Social Development, Inc.
 Head Start • Early Head Start • State Preschool
Aplicación Inicial para Matricula

INFORMACION DEL NIÑO				
NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO		Ciudad	Código Postal	
Sin Hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DOMICILIO (de correo)		Ciudad	Código Postal
# de Teléfono Principal		# de Teléfono Alterno		# de Teléfono Alterno
Tiene su niño incapacidad ó necesidad especial? <input type="checkbox"/> Sospecha			Tiene su niño un IEP ó IFSP del distrito escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

INFORMACION DE MIEMBRO DE FAMILIA			
NOMBRES DE PADRES/GUARDIANES:			
NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián	Fecha de Nacimiento ____/____/____
NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Tipo de Familia <input type="checkbox"/> Un Padre <input type="checkbox"/> Dos Padres		Tienen custodia legal del niño todos los padres/Guardianes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si esta embarazada, indique la fecha de nacimiento:		Si la respuesta es no, sea específico:	
Lenguaje Primario que se habla en casa: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro _____			

Numero de personas que viven en su hogar a las cuales usted mantiene económicamente: 				
Nombre de Otros Niños y Miembros de Familia que viven en su hogar a las cuales usted mantiene económicamente	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Miembro de Familia	Sexo
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

ELIGIBILIDAD DE INGRESOS Incluir su mas reciente talón de cheque (un mes completo), Forma W-2, Carta de Empleo, y/ó "Anuncio de Acción" (Carta de CalWORKS) como verificación. **Ha usted recibido servicios de IHSD anteriormente?** Si No

ELEGIBILIDAD FAMILIAR			CIRCULE UNO
Esta usted recibiendo alguna asistencia del Seguro Social? Si la respuesta es si, explique:			Si No
Programa de CalWORKs (TANF):	Si No	Recibe usted manutención de menor?	Si No
SSI:	Si No	Otras fuentes de Ingresos?	Si No

Escriba todas las fuentes de ingresos de cada adulto que viven en su hogar que proveen ayuda económica para el niño. Incluya cualquier salario/sueldo, trabajo por cuenta propia, seguro suplemental, inhabilidad, desempleo, indemnización laboral, manutención de menor, y pensión alimenticia

Nombre	Parentesco	Fecha de Pago	Fuente de Ingresos	Cantidad	Frecuencia de Pago	Empleado	Programa de Entrenamiento de Estudiante
						Si No	Si No
						Si No	Si No

Yo declare bajo pena de perjurio que cualquier adulto viviendo en el hogar que no ha reportado sus ingresos no son parientes biológicos, adoptivos, ó madrastra/padrastro del niño(s). Además, Yo declaro que la información proveida arriba es verdadera y completa de acuerdo a mis conocimientos. Si alguna parte es falsa ó omitida, mi participación puede terminar en el programa y Yo puedo ser expuesto a acción legal. Yo entiendo que mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California y el Gobierno Federal.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Incluya la Partida de Nacimiento, vacunas del niño, prueba de Ingresos y lleve ó envíe por correo esta aplicación a la oficina general abajo:

IHSD, Inc.
1265 Mission Road
South San Francisco, CA 94080

Llame al **(650) 871-5613** si tiene alguna pregunta y necesita asistencia ó visite nuestra pagina de Internet
www.ihsdinc.org.