



Head Start • Early Head Start • State Preschool

Thank you for your interest in the Head Start/Early Head Start Programs. Our programs offer part day and full day preschool, home based services, and family child care. To qualify for our services your child must be age eligible AND your family must either be income or categorically eligible.

REQUIRED DOCUMENTS

Your application must be complete and include copies of the following documents - (*documents will not be returned*):

- **Birth Certificate**
- **Immunization Records**
- **Completed Physical Exam Form (attached)**
- **Completed Dental Exam Form (attached)**
- **Income Verification (for the past 12 months)**
Documentation must reflect your current economic status and must include all sources of income received by the child's parents or guardians. Examples of income sources are the following:
 - * Pay stubs (within the last month or several pay stubs showing a total of the last 12 months of income)
 - * Completed "Employer Income Verification" Form (showing hours worked and pay rate) (this form is available only if unable to provide pay stubs)
 - * Latest Income Tax Return or W2 (if seasonally employed, self employed, or if unable to provide pay stubs; must reflect current economic status)
 - * Unemployment Income or Unemployment Verification Form
 - * Worker's Compensation
 - * Child Support
 - * Disability Income
 - * Any other sources of income
- **Proof of Legal Custody** (if child is in foster care or kinship)
- **Notice of Action** (a current CalWORKS letter that is dated within 60 days from date on the application)
- **Proof of Supplemental Security Income** (a current letter must be dated within 60 days from date on the application)
- **Homelessness Verification** (letter from shelter or social worker)
- **Current IEP (Head Start) or IFSP (Early Head Start)** (if applicable)
- **Full Time Employment and/or School/Training Verification** (if you are requesting full day services)
- **Proof of Residence in San Mateo** (PG&E bill, lease/rental contract)

Program Options

(You may apply and be waitlisted for both, Center/Home Based preschool services at the same time. However, you may only receive services from one service are at a time.)

- ★ **Full Day PRESCHOOL for children ages 3 to 5** (All parents in household must be working / attending school full time. Proof is required)
- ★ **Full Day Classroom for children ages birth to 3 years of age** (Half Moon Bay only)
- ★ **Part Day PRESCHOOL for children ages 3 to 5 - PM Class** (3 ½ hours)
- ★ **Part Day PRESCHOOL for children ages 3 to 5 - AM Class** (3 ½ hours)
- ★ **Head Start Home Based** (ages 3 to 5) Free in home service provided weekly by a parent/child educator.
- ★ **Early Head Start Home Based** (pregnant moms – 3 years) Free in home service provided weekly by a parent/child educator. Prenatal and fetal development education for expecting mothers.
- ★ **Family Child Care** (ages 6 weeks – 3 years) (All parents in household must be working / attending school full time. Proof is required). Child Care provided by a licensed child care provider in their home. Homes are currently located in South San Francisco, San Bruno, Foster City, San Mateo, and Redwood City.

★AN INCOMPLETE APPLICATION WILL DELAY ENROLLMENT

PLEASE SEE THE ATTACHED LIST OF CENTERS IN ORDER TO DETERMINE WHEN AND WHERE TO SUBMIT YOUR APPLICATION.



INSTITUTE FOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT



Head Start • Early Head Start • State Preschool

Initial Enrollment Application

APPLICANT (CHILD OR PREGNANT WOMAN) INFORMATION

Applicant's Last Name:	First Name:	Date of Birth:
Applicant's Language (s):	Sex: (circle one) F = Female M = Male	Parent/Guardian Language(s) (Complete if applicant is a child):
Address:	City/State:	
Zip Code:	Phone: Home Message:	Other Phone:
Mailing Address (if different from address above):		

APPLICANT DISABILITIES

Does child have a disability or special needs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suspected	If YES, does your child have an IFSP/IEP? Yes No In Process
IFSP= Individualized Family Service Plan IEP= Individualized Education Plan	

FAMILY INFORMATION

Parent/Guardian Name:	Date of Birth:	Relationship to child:	Parent/Guardian Name:	Date of Birth:	Relationship to child:
	/ /			/ /	

Parental Status: (circle one)

O = Single Parent T = Two Parents F = Foster D=Joint Custody(two parents, two separate households) K/N= Kinship (relative /not parent)

Number in Family/Household:	Number of Children in Family: _____ between Age: 0-3 _____ 4-5 _____ 5+ _____ (EHS) Pregnant Mothers: Due Date _____
-----------------------------	---

Do any of the following items apply to you or any of your family members?: (mark all that apply)

- SSI CalWORKS (TANF) Foster care Homelessness Other Income Sources

You will be asked to provide documentation for all checked items. This documentation will have to cover the 12 month period prior to the date of this application.

Have you ever received services from IHSD before? Yes NO

FAMILY MEMBER INFORMATION

List ALL family members living in the household who are financially supported by parent/guardian of the applying child. These family members are those whom are related by blood, marriage, or adoption. Please include the applicant and yourself on the list.

Name Of Person	Birth date	Relationship	Family Member	Gender
	/ /	Applicant	Adult Child	Male Female
	/ /		Adult Child	Male Female
	/ /		Adult Child	Male Female
	/ /		Adult Child	Male Female
	/ /		Adult Child	Male Female
	/ /		Adult Child	Male Female

Program of Interest

Please CHECK program option(s) you are interested in applying for. Please refer to cover letter for program specifications:

- Head Start (3-5):** Full Day Preschool Part Day Preschool AM Part Day Preschool PM Head Start Home Based
- Early Head Start (pregnant mom – 3yr) :** Early Head Start Home Based Family Child Care

I declare under penalty of perjury that the information I have provided to complete this application is true and correct to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

For Office use only

ORIGINAL DATE RECEIVED, INITIAL RECEIVING SITE & STAFFNAME	DATE LOGED INTO CP	DATE RECEIVED AT DESTINATION SITE & STAFF NAME



Head Start ▪ Early Head Start ▪ State Preschool

List of Centers – Please call the nearest center before submitting application.

Serramonte - Head Start

Part Day (AM) & (PM)
Full Day
Serramonte High School
699 Serramonte Blvd.
Daly City, CA 94015
(650) 992-6027

South San Francisco Head Start

Part Day (AM) & (PM)
Baden School
825 Southwood Drive
South San Francisco, CA 94080
(650) 737-5702
(650) 737-5740

South San Francisco Baden Infant Center

Full Day
Baden School
825 Southwood Drive
South San Francisco, CA 94080
(650) 737-5702

Moonridge Child Development Center

Full Day
2001 Miramontes Point Rd.
Half Moon Bay, CA 94019
(650) 712-8729

Moonridge Infant Center/EHS

Full Day
2001 Miramontes Point Rd.
Half Moon Bay, CA 94019
(650) 712-8729

IHSD-Main Office

1265 Mission Road
South San Francisco, CA 94080
(650) 871-5613

Half Moon Bay Head Start

Part Day
900 N. Cabrillo Highway
Half Moon Bay, CA 94019
(650) 726-3869

George Hall Child Development Center

Full Day
130 San Miguel Way
San Mateo, CA 94401
(650) 638-1658

San Mateo Head Start

Part Day (AM) & (PM)
Turnbull Learning Academy
715 Indian Avenue-Room 37
San Mateo, CA 94401
(650)343-7908

Fair Oaks Head Start

Full Day
Part Day (AM) & (PM)
St. Anthony's Church
3502 Middlefield Road
Menlo Park, CA 94025
(650)368-2698

Menlo Park Head Start

Part Day (AM) & (PM)
419 6th Avenue
(650)369-7970

East Palo Alto Head Start

Full Day
Part Day AM & PM
1385 Bay Road
East Palo Alto, CA 94303
(650)326-5610

Laurel Head Start

Part Day (AM) & (PM)
1019 Laurel Avenue
East Palo Alto, CA 94303
(650)330-1595

Magnolia Head Start Child Development Center

Full Day
1425 Bay Road
East Palo Alto, CA 94303
(650) 323-2281

EHS Offices @ Fair Oaks

3502 Middlefield Road
Menlo Park, CA 94025
(650)368-3086 or (650)368-0727



Head Start • Early Head Start • State Preschool

Gracias por su interés en los Programas de Head Start/Early Head Start. Nuestros programas ofrecen servicios preescolares de medio tiempo y tiempo completo, servicios de visitas en el hogar, y cuidado de niños familiar. Para calificar a estos servicios su niño debe tener la edad elegible Y su familia debe ser elegible por medio de sus ingresos ó ser categóricamente elegible.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Su aplicación debe de ser sometida completa é incluir copias de los siguientes documentos –
(documentos no serán devueltos):

- **Partida de Nacimiento**
- **Vacunas del Niño**
- **Forma de Examen Físico completa (incluida)**
- **Forma de Examen Dental completa (incluida)**
- **Verificación de Ingresos (durante los últimos 12 meses)**
La documentación debe reflejar su situación económica actual, y debe incluir todas las fuentes de ingresos recibidos por los padres ó guardianes del niño:
 - ✗ Talones de cheque (del ultimo mes) que muestra el ingreso durante los últimos 12 meses ó
 - ✗ Forma completa de "Verificación de Empleo" que muestra las horas trabajadas y el pago por hora (solamente si no puede proveer talones de cheque) ó
 - ✗ Ultima Declaración de Impuestos ó Forma W2 (si trabaja temporalmente, trabaja por si mismo, ó si no puede proveer talones de cheque, debe reflejar su situación económica actual) ó
 - ✗ Ingresos debido a Desempleo ó Forma de Verificación de Desempleo ó
 - ✗ Indemnización por Accidente de Trabajo ó
 - ✗ Manutención de Menores ó
 - ✗ Ingreso por Incapacidad ó
 - ✗ Otra documentación de fuente de ingresos
- **Comprobante de Custodia Legal** (si el niño está en hogar temporal ó en custodia familiar)
- **Notificación de Acción** (una carta de CalWORKs con la fecha de 60 días a partir de la fecha de esta aplicación).
- **Comprobante de Ingresos Suplementarios (SSI)** (la carta debe tener fecha de 60 días a partir de la fecha de esta aplicación).
- **Verificación de No Tener Vivienda** (carta del refugio ó del trabajador/a social)
- **IEP Actual** (Head Start) **ó IFSP** (Early Head Start) (si es aplicable)
- **Verificación de Empleo de Tiempo Completo y/ó Entrenamiento/Escuela** (si usted está solicitando servicios de tiempo completo)
- **Comprobante de Residencia en San Mateo**(Recibo de PG&E, contrato de arrendamiento/renta)

Opciones del Programa

(Usted puede aplicar para ambos programas, en los Centros/Servicios de Visitas en el Hogar y será puesto en lista de espera. Sin embargo, solamente podrá recibir servicios de uno de los dos programas a la vez.)

- ★ **Preescolar de Tiempo Completo para niños de edades 3-5** (Todos los padres deben de estar trabajando/ estudiando tiempo completo. Se requiere comprobante)
- ★ **Aulas de Clase de Tiempo Completo para niños desde Nacimiento hasta 3 años de edad** (Solamente en Half Moon Bay)
- ★ **Preescolar de Medio Día para niños de edades 3-5 – Clase de la Tarde** (3 ½ horas)
- ★ **Preescolar de Medio Día para niños de edades 3-5 – Clase de la Mañana** (3 ½ horas)
- ★ **Visitas en el Hogar de Head Start** (edades de 3-5) Servicio semanal gratuito en el hogar por un Especialista de Servicios para padres y niños.
- ★ **Visitas en el Hogar de Early Head Start** (madres embarazadas – 3 años) Servicios semanal gratuito en el hogar por un Especialista de Servicios para padres y niños. Educación prenatal y desarrollo fetal para madres en espera.
- ★ **Proveedoras del Cuidado Infantil Familiar** (6 semanas – 3 años) (Padres en el hogar deben estar trabajando/asistiendo a la escuela por tiempo completo. Comprobante será requerido). Cuidado Infantil proporcionado por proveedoras con licencias en sus hogares. Hogares del Cuidado Infantil Familiar están actualmente localizados en las ciudades de South San Francisco, San Bruno, Foster City, San Mateo, y Redwood City.

★ UNA APLICACIÓN INCOMPLETA DEMORARÁ LA MATRICULA

POR FAVOR VEA LA LISTA DE CENTROS PARA DETERMINAR CUANDO Y EL LUGAR PARA ENTREGAR SU APLICACIÓN.



INSTITUTE FOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT



Head Start ▪ Early Head Start ▪ State Preschool

Aplicación Inicial para Matricula

INFORMACION DE APLICANTE (NIÑO O MUJER EMBARAZADA)

Apellido del Apicante:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Lenguaje(s) del Apicante:	Sexo: (circule uno) F = Femenino M = Masculino	Lenguaje(s) del Padre/Guardián (Complete si el aplicante es un niño):
Domicilio:		Ciudad/Estado:
Código Postal:	Número de Teléfono: Hogar Mensaje:	Otro Número de Teléfono:
Domicilio de correo (si es diferente al domicilio arriba):		

INCAPACIDAD DEL APLICANTE

¿Tiene su niño alguna incapacidad o necesidad especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sospecha	Si su respuesta es Si, tiene su niño un IEP? Si No En Proceso IFSP= Individualized Family Service Plan IEP= Individualized Education Plan
--	---

INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre del Padre/Guardián:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:	Nombre del Padre/Guardián:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco al niño:
Estatus Familiar: (Marque uno) O = Un Padre T = Dos Padres F = Hogar Temporal D=Doble Custodia(dos padres, dos hogares diferentes) K/N= En custodia por parte de algún Familiar (no en custodia de los padres)					
Número de Miembros de Familia en el Hogar:	Número de Niños en la familia: _____ en edades de: 0-3 _____ 4-5 _____ (EHS) Madre Embarazada: Indique la Fecha de Nacimiento _____				
¿Aplican cualquiera de los siguientes artículos a usted ó cualquier miembro de su familia? (marque todos los que apliquen.) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CalWORKS (TANF) <input type="checkbox"/> Niño en Hogar Temporal <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otras Fuentes de ingreso					
Se preguntara por documentación comprobando los artículos marcados arriba. La documentación deberá cubrir un periodo de 12 meses antes de la fecha de esta aplicación.					
¿Ha recibido usted servicios de IHSD anteriormente? Si No					

INFORMACION DE MIEMBROS DE FAMILIA

Lista de TODOS los miembros familiares que viven en el hogar que son apoyados financieramente por los padres/guardianes del niño que esta aplicando. Estos miembros familiares son parientes por sangre, matrimonio, ó adopción. Por favor incluya al aplicante y usted en la lista.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Miembro de Familia	Sexo
	/ /	Apicante	Adulto Niño	Masculino Femenino
	/ /		Adulto Niño	Masculino Femenino
	/ /		Adulto Niño	Masculino Femenino
	/ /		Adulto Niño	Masculino Femenino
	/ /		Adulto Niño	Masculino Femenino
	/ /		Adulto Niño	Masculino Femenino

Programa de Interés

Por favor MARQUE los programas a los cuales usted le gustaría aplicar. Vea la página anterior para mas información sobre cada programa:

Head Start (3-5): Preescolar Día Completo Preescolar Medio Día-AM Preescolar Medio Día-PM Servicios Basados en el Hogar Head Start

Early Head Start (madres embarazadas-3yr) : Servicios Basados en el Hogar Early Head Start Cuidado de la Niñez Familiar

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información proveída en esta aplicación es verdadera y completa de acuerdo a mis conocimientos.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

For Office use only

ORIGINAL DATE RECEIVED, INITIAL RECEIVING SITE & STAFFNAME	DATE LOGED INTO CP	DATE RECEIVED AT DESTINATION SITE & STAFF NAME



INSTITUTE FOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT



Head Start ▪ Early Head Start ▪ State Preschool

Lista de Centros - Por favor llame al centro más cercano antes de entregar su aplicación.

Serramonte - Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

Tiempo Completo

Serramonte High School
699 Serramonte Blvd.
Daly City, CA 94015
(650) 992-6027

San Mateo Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

Turnbull Learning Academy
715 Indian Avenue-Salón 37
San Mateo, CA 94401
(650)343-7908

South San Francisco Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

Baden School
825 Southwood Drive
South San Francisco, CA 94080
(650)737-5702
(650)737-5740

Fair Oaks Head Start

Tiempo Completo

Medio Día (AM) y (PM)
St. Anthony's Church
3502 Middlefield Road
Menlo Park, CA 94025
(650)368-2698

Centro Infantil Baden en South San Francisco

Tiempo Completo

Baden School
825 Southwood Drive
South San Francisco, CA 94080
(650)737-5702

Menlo Park Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

419 6th Avenue
(650)369-7970

Centro del Desarrollo de la Niñez en Moonridge

Tiempo Completo

2001 Miramontes Point Rd.
Half Moon Bay, CA 94019
(650)712-8729

East Palo Alto Head Start

Tiempo Completo

Medio Día (AM) y (PM)
1385 Bay Road
East Palo Alto, CA 94303
(650)326-5610

Centro Infantil/EHS en Moonridge

Tiempo Completo

2001 Miramontes Point Rd.
Half Moon Bay, CA 94019
(650)712-8729

Laurel Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

1019 Laurel Avenue
East Palo Alto, CA 94303
(650)330-1595

Oficina General - IHSD

1265 Mission Road
South San Francisco, CA 94080
(650) 871-5613

Centro del Desarrollo de la Niñez en Magnolia

Tiempo Completo

1425 Bay Road
East Palo Alto, CA 94303
(650) 323-2281

Half Moon Bay Head Start

Medio Día (AM) y (PM)

900 N. Cabrillo Highway
Half Moon Bay, CA 94019
(650) 726-3869

Oficina de EHS/HS en Fair Oaks

3502 Middlefield Road
Menlo Park, CA 94025
(650)368-3086

Centro del Desarrollo de la Niñez en George Hall

Tiempo Completo

130 San Miguel Way
San Mateo, CA 94401
(650) 638-1658