



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 months to three years of age

Visit our website for more information: [www.ihsdinc.org](http://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

6<sup>th</sup> 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

#### Home Visiting Program

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

**Initial Application for Enrollment**

**CHILD'S INFORMATION**

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

**FAMILY MEMBER INFORMATION**

**PARENT/GUARDIAN NAMES:**

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

**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](http://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 meses hasta los tres años de edad

Visite nuestra página de Internet: [www.ihsdinc.org](http://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. IHS D 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 alcance 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

6<sup>th</sup> Ave: 650-369-7970  
3502 Middlefield Rd: 650-368-2698

#### Daly City

699 Serramonte Blvd: 650-992-6027

#### 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

#### San Mateo

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

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

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

<b>Numero de personas que viven en su hogar a las cuales usted mantiene económicamente:</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>				
<b>Nombre de Otros Niños y Miembros de Familia que viven en su hogar a las cuales usted mantiene económicamente</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Miembro de Familia</b>	<b>Sexo</b>
			<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.**