



Enclosed is the **Head Start and Early Head Start Enrollment** application. Please complete all sections of the applications and bring along with the required documentation listed below to our Administrative Offices located at:

Paterson and Prospect Park Residents:

500 East 35 St.
Paterson, NJ 07504

265 Totowa Ave.
Paterson, NJ 07502

90 Martin St.
Paterson, NJ 07501

Applications are accepted:

Monday through Thursday
9:30 a.m. – 11:30 a.m. and 1:30 p.m. – 3:30 p.m.
Phone: (973) 546-2634

Required Original Documentation

1. The completed application.
2. Child's original birth certificate with the raised seal or passport is acceptable.
3. Current immunization record with the dates of vaccinations given to your child.
4. Income verification for household:
 - Last year's Income Tax Return, Form 1040 with supporting W2's, 1099's, etc.
 - Two (2) current consecutive paystubs for bi-weekly or bi-monthly payroll; four (4) current consecutive paystubs for weekly payroll. Otherwise, a notarized letter on company letterhead from employer stating your salary and hours.
 - A printout of your weekly benefits if you are receiving Unemployment.
 - The Allotment letter if you are receiving SSI benefits.
 - Letter from the Board of Social Services with monthly benefit amount if you are receiving public assistance
 - Verification of any child support payments you may be receiving.
5. Divorce decree (if applicable).
6. Social Security card(s) for all members in the family.
7. Three proofs of residency that shows your current address:
 - A current electric/ gas.
 - Telephone or cable bill.
 - Original Lease or Deed (if applicable).
8. Medical Insurance Card.
9. Photo ID

Please call us at (973) 546-2634 should you have any questions. Thank you.



Adjunto encontrara la aplicación para los programas **Head Start and Early Head Start Enrollment**. Por favor llene todas las secciones y traiga la aplicación con todos los documentos originales a nuestra Oficina Administrativa localizada en:

Residentes de Paterson y Prospect Park

500 East 35 St.
Paterson, NJ 07504

265 Totowa Ave.
Paterson, NJ 07502

90 Martin St.
Paterson, NJ 07501

Aplicaciones son aceptadas:

Lunes a Jueves
9:30 a.m. hasta 11:30 a.m. y 1:30 p.m. hasta 3:30 p.m.
Phone: (973) 546-2634

Documentación Original Requerida

1. Aplicación completamente llena.
2. El certificado de nacimiento original del niño(a) con el sello levantado, o el pasaporte del niño(a).
3. El registro de inmunización (vacunas) de su niño(a) mostrando que sus vacunas están al día.
4. Prueba de ingreso de la familia:
 - Copia de los Impuestos del año anterior (Income Tax Return, Formulario 1040, W2's, 1099's, etc.).
 - Dos (2) talonarios de pago consecutivo si le pagan quincenal o si cobra dos veces al mes; Cuatro (4) talonarios de pago consecutivo si le pagan semanal. De otra manera carta notariada de Verificación de empleo del patrón o negocio con el membrete comercial de la compañía.
 - Si usted está recibiendo beneficio por desempleo necesita la carta con la cantidad.
 - Si usted está recibiendo beneficio SSI necesita la carta con la cantidad.
 - Si usted está recibiendo beneficio de Servicios Sociales Indicando cuanto usted está recibiendo.
 - Verificación de manutención monetaria para niños (child support).
5. Decreto de Divorcio (Si es Aplicable).
6. Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros de la familia.
7. Tres prueba de residencia, que muestre su dirección actual.
 - Una factura de gas/ servicio de electricidad
 - Factura de teléfono o cable.
 - Contrato de vivienda (lease) o Deed (si es aplicable).
8. Tarjeta de Seguro Médico.
9. Identificación con Foto

Por favor llame (973) 546-2634 si usted tiene alguna pregunta. Gracias.

Greater Bergen Community Action Head Start/Early Head Start Application

Child's Name Last (Apellido del Niño) First (Primer) Middle (Segundo)

Social Security # (# Seguro Social) **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento) / / **Age** (Edad) **Gender** (Sexo)

Mes / Día / Año

Address (Domicilio) Street Address (Número y Calle) Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal) Area Code & Home Phone (Teléfono del Hogar /Código de área)

Race / Ethnicity (Raza / Grupo Étnico) **Child speaks fluent English?** (Habla inglés el niño?) **Child's Native Language** (Lenguaje Natal) **Family country of origin** (País natal de la familia)

Child has identified Disability (Tiene el niño alguna incapacidad identificada): No Yes (Si) **Type** (Tipo)

List all Immediate family residing with child

(Indique todos los miembros de la familia imediata que reside con el niño)

	Mother/Madre	Father/Padre	Guardian/Guardián
Parents/Guardians (Nombre de Padres /Guardián)			
Name (Nombre)			
Social Security # (if Appli.) # Seguro Social (Si Aplica)			
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)			
Highest Level of Education: (Nivel mas alto de educación)			
English-speaking? (¿habla Inglés?)			
Native Language (Lenguaje Natal)			
Cell Phone incl. Area Code (Celular /Código de área)			
Occupational Status (Trabajo)			

Is any member of the family pregnant? Yes___ No___ If yes. Who:_____ Due Date:_____

¿Algún miembro de la familia esta embarazada? Si__ No__ Si, quién:_____ Fecha del Parto:_____

Additional children in the Family (Otros niños en la familia)

Full Name (Nombre Completo)	Social Security # (# Seguro Social)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Gender (Sexo)	Age (Edad)	Grade (Grado)	School (Escuela)

* If you need to add additional people please do so on another blank sheet and attach to this form*
 (*Sí necesita añadir mas personas por favor hágalo en una hoja separada y añada la hoja a este formulario*)

Greater Bergen Community Action Head Start/Early Head Start Application

Child's Name Last (Apellido del Niño)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Types of services family receives (Tipo de servicios que la familia recibe).

Supplemental security income/ SSI
(Ingreso suplementario de seguridad)

Public housing assistance
(Subsidio de vivienda pública)

Child Support or Alimony
(Pagos de manutención para niños y divorciantes)

Home energy assistance
(Subsidio del programa de energia)

Unemployment insurance (Seguro de desempleo)

WIC

Public assistance/ TANF (Asistencia pública/ bienestar)

Case # _____

Food stamps (Cupones/ Estampillas de alimento)

Case # _____

Foster care/Adoption subsidy
Subsidio para el cuidado de crianza o la adopción de niños

Case # _____

Medical financial assistance/ Medicaid /Medicare
(Subsidio Médico)

Private Medical Insurance/
(Seguro Médico Privado)

Insurance Name (Nombre del seguro Médico): _____

I.D. number (Numero de identificación): _____

Family Currently Has Means of Transportation (La Familia Actualmente dispone de Medio de Transporte):

Private vehicle
(Vehículo Propio)

Friend's or relative's vehicle
Vehículo de un amigo o

Public transportation
Trasporte público

Housing Payment Arrangement (Forma de Pago de la Vivienda):

Own
(Propia)

Rent
(Rentada)

Receive subsidized housing Recibe
subsidio de vivienda

Exchange services for housing
Ofrece servicios a cambio de vivienda

Make no payment for housing
No hacen pagos por la vivienda

I certify that all of the information contained in this application is true under the penalties as prescribed by the laws of the State of New Jersey and the United States Government. (Certifico que la información contenida en esta aplicación es correcta bajo las penalidades establecidas en las leyes del Estado de NJ y los Estados Unidos)

Signature of Parent / Guardian completing this registration form
(Firma del Padre /Guardián llenando la aplicación)

Date (Fecha)

AGENCY USE ONLY

I certify that the information given to me on this application has been reviewed and when possible supported by documentation.

Referral Source: _____

Staff Signature: _____

Print Staff name: _____

Date: ____/____/____