



The Center

at Lake County Elementary School
Lake County School District R-1

130 West 12th Street
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6890
Fax 719 486-3421

Head Start, Universal Preschool Program, Tuition-Based Preschool, and Services for Children with Special Needs

Dear Family,

Thank You for your interest in the Early Head Start home visiting program.

Please include the following items with this completed application:

- o Child's birth certificate as proof of child's age
- o **You must include income information for all adults in the household as evidence of eligibility. These documents may include:**
 - 1040 Tax Form from 2024 or all W-2 forms from 2024
 - Check Stubs representing one year of income
 - Statement from Employer for one year of income
 - Documentation of Foster Care or McKinney Vento Act documenting homelessness
 - SNAP Benefit Letter

Please bring this completed application to The Center at Lake County Elementary School with the required documents. The Center can make copies of your original documents for you.

COMPLETION OF THE APPLICATION DOES NOT GUARANTEE YOU A PLACE IN THE PROGRAM.

If you have any questions at all, or if you would like assistance completing this application, please stop by The Center or call, text, or email the Family and Community Partnerships Manager, Rhonda DeVoe at 719-293-1403 or rdevoe@lakecountyschools.net. You may also contact the LCES Front Office at 719-486-6980 or 719-486-6895 for Spanish.

Queridos familia,

Gracias por su interés en el programa de visitas a casa de Early Head Start.

Los siguientes elementos DEBEN incluirse con su solicitud para que pueda ser procesada.

- o Certificado de nacimiento del niño para verificar la edad del niño
- o **Debe incluir uno de los siguientes como evidencia de elegibilidad. Estos documentos deben incluirse para cualquier adulto en el hogar que tenga ingresos:**
 - Formulario de impuestos 1040 de 2024 o todos los formularios W-2 de 2024
 - Talones de cheques que representan un año de ingresos
 - Declaración del empleador por un año de ingresos
 - Documentación de cuidado de crianza o Ley McKinney Vento que documente la falta de vivienda
 - Carta de beneficios SNAP

Traiga esta solicitud completa a The Center at Lake County Elementary School con los documentos requeridos. El Centro puede hacer copias de sus documentos originales por usted.

COMPLETAR LA SOLICITUD NO GARANTIZA A UN LUGAR EN EL PROGRAMA.

Si tiene alguna pregunta o si desea ayuda para completar esta solicitud, visite The Center, llame, mensajee, o envíe un correo electrónico a la Gerente de Asociaciones Familiares y Comunitarias, Rhonda DeVoe al 719-293-1403 o rdevoe@lakecountyschools.net. También puede comunicarse con la oficina principal de LCES al 719-486-6980 o al 719-486-6895 para español.

Date application received:

Person who received the application:

Child's name: _____

Early Head Start at Lake County Elementary School Application/Aplicacion

Child Information / Información del Niño

(If applying as a expectant parent, skip to parent section below) /
(Si está aplicando como un futuro padre, salte a la parte de abajo)

First name / nombre	Middle name / Segundo nombre	Last Name / Apellido
Date of birth / Fecha de nacimiento	Primary language child speaks / primer idioma que habla el niño ☐ English / ingles ☐ Spanish / espanol ☐ Other / otro:	Lives with: ☐ Mom / Mama ☐ Dad / Papa ☐ Step parent /Padrastrós ☐ Grandparent / Abuelos ☐ Foster / Orfanato ☐ Siblings / ☐ Other / Otro:
☐ Boy / niño ☐ Girl / niña		
Hispanic / hispano: ☐ Yes / Si ☐ No ☐ Prefer not to answer / Prefiero no contestar	Check all that apply / circule todo lo que correspondo: ☐ American Indian or Alaska Native / Nativo Americano ☐ Asian / Asiático ☐ Black or African American / Afroamericano ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander / Isleno del Pacifico ☐ White / Blanco ☐ Bi-racial or multi-racial / Biracial o Multirracial ☐ Other / otro:	
Has this child or expectant parent been enrolled in a Head Start program previously? / ¿Este niño o futuro padre ha estado inscrito anteriormente en un programa Head Start? Yes / Si No		
What is your favorite thing about your child? / ¿Cual es su cosa preferida de su hijo?	What are you looking forward to learning about during your visits? / ¿Qué espera aprender durante las visitas?	
Do you have any concerns or questions about your child's development in the following areas? / ¿Tiene algunas preocupaciones o preguntas sobre el desarrollo de su hijo/a en las áreas siguiente?: ☐ Hearing / Audición ☐ Vision / Vision ☐ Speech, language, and communication / Hablar, lenguaje, y comunicacion ☐ Movement / Movimiento ☐ Thinking skills / Habilidades de pensamiento ☐ Social and Emotional Skills / Habilidades Socioemocionales ☐ Potty training / Entrenamiento del Baño ☐ Medical concern / Preocupación Médica	Does your child have an active Individualized Education Program (IEP) or Individualized Family Service Plan (IFSP) for a diagnosed disability or developmental delay? / ¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP) activo para una discapacidad o diagnosticada o retardado en el desarrollo? ☐ Yes / Si ☐ No	

Primary Adult / Adulto Primario

Last Name / Apellido	First Name / Nombre	Relation to child/Relacion al niño:
Phone / Telefono	Email / Correo electrónico	
Physical Address / Direccion Fisica:		
Mailing address / Direccion postal		
Are you applying as an expectant parent? / ¿Está aplicando mientras está embarazada/o? ☐ yes/si ☐ No If so, when is your baby due? / ¿Si es el caso, cuándo nacerá su bebe?		
Preferred language for meetings and materials sent home / Idioma preferido para juntas y materiales mandados a casa		
Are you a Lake County School District employee? / Eres empleado del Distrito Escolar del Condado de Lake? ☐ Yes / Si ☐ No		

Secondary Adult / Adulto Secundario

Last Name / Apellido	First Name / Nombre	Relation to child/Relacion al niño
Does this parent live in the home listed above with the child? / Este padre vive con el niño? ☐ Yes / Si ☐ No	If this parent lives apart from the child, is contact permitted? / Si este padre vive separado del niño, tiene permiso de contacto? ☐ Yes / Si ☐ No If yes, please provide other info below / Si respuesta es si, por favor déjenos más información abajo.	
Phone / telefono:	Email / correo electrónico:	
Mailing Address / Direccion postal:		
Preferred language for materials sent home / Idioma preferido para cosas mandadas a casa		
Are you a Lake County School District employee? / Eres empleado del Distrito Escolar del Condado de Lake? ☐ Yes / Si ☐ No		

Household Information / Información del hogar

How many family members live at your house? / ¿Cuántos familiares viven en tu casa? _____

What is your family's annual gross income, from all sources? / ¿Cuál es el ingreso bruto anual de su familia, de todas las fuentes?

Does your household spend more than 30% of your income on housing expenses (mortgage, rent, utilities, insurance, taxes)? / ¿Su hogar gasta más del 30% de sus ingresos en gastos de vivienda (hipoteca, alquiler, servicios públicos, seguros, impuestos)?

- ☐ Yes / Si
☐ No

Is your family receiving any of the following benefits? / ¿Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios?

- ☐ SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program
☐ TANF - Temporary Assistance for Needy Families
☐ SSDI - Social Security Disability Insurance
☐ LEAP - Low Income Energy Assistance Program
☐ WIC - Women, Infants, and Children

Would you like information about or assistance with applying for any of these programs? / ¿Le gustaría obtener información o ayuda para solicitar cualquiera de estos programas?

- ☐ Yes
☐ No

Is your family experiencing any of the following challenges? / ¿Su familia está pasando por algunos de estos desafíos?

- ☐ Homelessness / Falta de vivienda
☐ Housing instability / Inestabilidad de hogar
☐ Living with another family / Viviendo con otra familia
☐ Frequent relocations / Mudanzas frecuentes
☐ Food Instability / Inestabilidad de comida
☐ Family member on active military duty / Familiar en servicio activo
☐ Family member incarcerated / Familiar encarcelado
☐ Violence in the home / Violencia en la casa
☐ Substance abuse / Abuso de sustancias
☐ Abuse or neglect of children or elders / Abuso o descuido de niños o adultos mayores
☐ Struggles with depression (including postpartum) or other mental health concerns / Sufre de depresión (incluyendo posparto) o otros problemas de salud mental
☐ In crisis / En crisis

Health Information / Información del Salud

Do you have health insurance? / ¿Tiene seguro médico?

- ☐ Medicaid
☐ CHP+
☐ Private Insurance / Seguro Privado

If not, would you like assistance in applying for health insurance? / Si no tiene, ¿gustaría ayuda para aplicar?

- ☐ Yes /si
☐ No

Have you been to well child visits for your child? / ¿Ha ido a una visita de salud de su niño/a?

- ☐ Yes/si
☐ No

If you are pregnant, have you been receiving prenatal care? / ¿Si estás embarazada, has recibido cuidado prenatal?

- ☐ Yes/si
☐ No

Verification statement / Declaración de Verificación

I certify that the above information is complete and correct and understand that it will be used to determine my eligibility for Head Start based on federal guidelines. I understand this is an application for services that may be paid for with government funds and that intentionally providing misleading, inaccurate, or untruthful information may result in my child being terminated from the program.

Certifico que la información anterior es completa y correcta y entiendo que se utilizará para determinar mi elegibilidad para Head Start según las pautas federales. Entiendo que esta es una solicitud de servicios que pueden pagarse con fondos gubernamentales y que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa puede resultar en que mi hijo sea excluido del programa.

Initials/Iniciales : _____

Firma de padre/guardián:

Fecha:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Firma de padre/guardián:

Fecha:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____