

Bergen County Community Action Partnership, Inc.



Child Care Services Head Start/Early Head Start Administrative Offices

241 Moore Street, Hackensack, NJ 07601
Phone: (201) 968-0200 ext. 7019
Fax: (201) 968-0241

Enclosed is the application for **Bergen County Community Action Partnership, Inc., Early Head Start/ Head Start Programs**. Please complete all sections. You must personally bring the completed application and required documentation to our Administrative Offices located at:

250 Moore Street, Lower Level
Hackensack, New Jersey 07601

Applications are accepted:

Monday through Thursday
9:30 A.M until 12:00 P.M. and
1:30 P.M. until 4:00 P.M.

Required Original Documentation

1. The completed application.
2. Child's original birth certificate with the raised seal, or passport.
3. An immunization record with dates of vaccinations given to your child.
4. Income verification for household:
 - Last year's Income Tax Form 1040.
 - Two (2) current consecutive pay stubs for bi-weekly or bi-monthly payroll; Four (4) current consecutive pay stubs for weekly payroll.
 - If you are receiving any form of public assistance, we will need a letter from Social Services stating what and how much you are receiving.
 - Verification of any child support payments you may be receiving.
 - Divorce decree (if applicable).
 - Notarized letter (on company letterhead) from employer stating your salary, hours, as well as your year-to-date income (if applicable).
 - Social Security card(s) for all members in the family (**Optional**).
5. Proof of residency that shows your current address.
 - Original Lease or Deed.
 - A current electric or gas bill.
 - A current telephone bill.
6. Medical Insurance Card.

Please call us at the telephone number shown above with questions. Thank you.

Bergen County Community Action Partnership, Inc.



Child Care Services Head Start/Early Head Start Administrative Offices

241 Moore Street, Hackensack, NJ 07601
Phone: (201) 968-0200 ext. 7019
Fax: (201) 968-0241

Adjunto encontrará la aplicación para los programas de **Early Head Start/ Head Start** del **Bergen County Community Action Partnership, Inc.** Por favor llene todas las secciones. Usted debe traer la aplicación con todos los documentos originales a nuestra Oficina Administrativa localizada en:

250 Moore Street, Lower Level
Hackensack, New Jersey 07601

Aplicaciones son aceptadas:

Lunes a Jueves
9:30 A.M hasta 12:00 P.M. y
1:30 P.M. hasta 4:00 P.M.

Documentación Original Requerida

1. Aplicación completamente llenada.
2. El certificado de nacimiento original del niño(a) con el sello levantado, ó 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 Form 1040).
 - 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.
 - Si usted recibe asistencia del gobierno (TANF, SSI etc.), necesitaremos la carta de Servicios Sociales indicando cuanto usted esta recibiendo.
 - Verificación de manutención monetaria para niños (child support).
 - Decreto de Divorcio (Si es Aplicable).
 - Carta notariada de verificación de empleo del patrón o negocio con el membrete comercial de la compañía.
 - Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros de la familia (Opcional).
5. Prueba de residencia, que muestre su dirección actual.
 - Contrato de vivienda (léase) o Deed.
 - Una factura de gas ó servicio de electricidad.
 - Una factura de teléfono actual.
6. Tarjeta de Seguro Medico.

Por favor llame al teléfono proporcionado arriba si usted tiene alguna pregunta. Gracias.

Part I: Registration Form

Child's Name Last (Apellido del Niño)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Social Security #
(# Seguro Social)

Date of Birth
(Fecha de Nacimiento)

Month / Day / Year

Mes / Día / Año

Age

(Edad)

Gender

(Sexo)

Address (Domicilio)

Street Address (Número y Calle)

Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Ciudad, 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 inmediata que reside con el niño)

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)

	Mother/Madre	Father/Padre	Guardian/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 in 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*)

Cont. Part I: Registration Form

Child's Name Last (Apellido del Niño)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Types of sevicees family recieves (Tipo de servicios que la familia recibe).

Supplemental security income/ SSI
(Ingreso suplementario de seguridad)

Pubic 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

Pubic 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 familiar

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: ___/___/___

Age Verification: Birth Certificate _____ Passport: _____ IMM: _____

Source of Income: Tax Return ___ W2 ___ Pay Stub ___ Notarized letter Employer ___ Income Declaration ___

Unemployment ___ Allotment Letter: ___ Other _____ Annual Income Verification: \$ _____

Proof of residence Provided: _____ # of Adults _____ # of Chil(ren) _____

CSST _____ Returned Medical _____ & Dental _____

Part II: Emergency Form

Child's Name Last (Apellido del Niño)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Address (Domicilio)

Street Address (Número y Calle)

Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Ciudad, Estado & Código Postal)

Area Code & Home Phone

(Teléfono del Hogar /Código de área)

Child's Physician (Pediatra)

Physician's Phone
(Teléfono del Pediatra)

Child's Allergies (Alergias)

Medications
(Medicamentos)

Parents/ Guardians

(Nombre de Padres /Guardián)

Parent/ Guardian #1
(Padre/ Guardián#1)

Parent/ Guardian #2
(Padre/ Guardián#2)

Name (Nombre)

Area Code & Cell phone

(Cellular con Código de área)

Area Code & Business Phone

(Num. del Trabajo con Código de área)

Parent/ Guardian #1 (Padre/ Guardián#1)	Parent/ Guardian #2 (Padre/ Guardián#2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Please list at least 3 people that can pick up your child In case of emergency

(Por favor indique por lo menos 3 personas que puedan recoger a su niño en caso de una emergencia)

1

2

Name (Nombre)

Relationship (Parentesco)

Area Code & Home Phone

(Tel. del Hogal /Código de área)

Area Code & Cell phone

(Cellular con Código de área)

Area Code & Business Phone

(Num. del Trabajo con Código de área)

1	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3

4

Name (Nombre)

Relationship (Parentesco)

Area Code & Home Phone

(Tel. del Hogal /Código de área)

Area Code & Cell phone

(Cellular con Código de área)

Area Code & Business Phone

(Num. del Trabajo con Código de área)

3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature of Parent / Guardian completing this Emergency Form
(Firma del Padre / Guardián completando este formulario de emergencia)

Date (Fecha)