



Intake/Recruitment Form
 (Please Print Clearly/Favor de Escribir Claramente)

Name of Parent/Guardian (1): _____ **M [] F []**
 Nombre del Padre/ Encargado First/Primero Last/Apellido

Social Security Number: _____ **Date of Birth:** ____/____/____
 Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Name of Parent/Guardian (2): _____ **M [] F []**
 Nombre del Padre/Encargado First/Primero Last/Apellido

Social Security Number: _____ **Date of Birth:** ____/____/____
 Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Name of Applicant: _____ **M [] F []**
 Nombre de apacante First/Primero Last/Apellido

Social Security Number: _____ **Date of Birth:** ____/____/____
 Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Home Address: _____ **City:** _____ **Zip:** _____
 Domicilio Ciudad Código Postal

Mailing Address: _____ **City:** _____ **Zip:** _____
 Dirección Postal Ciudad Código Postal

Phone Number: () _____ **Home [] Message [] Cell []**
 Numero de Teléfono Casa Mensaje Celular

Alternate Phone Number: () _____ **Home [] Message [] Cell []**
 Numero Alterno de Teléfono Casa Mensaje Celular

of Adults: _____ **# of Children:** _____ **Primary Language at Home:** _____
 # de Adultos # de Niños Lenguaje de Preferencia

Additional Family Members
 Miembros Adicionales de la familia

Family Member Name Nombre Completo del Miembro de Familia	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Relationship Relación

Applications will not be considered complete without evidence of income, age, and residency
Las aplicaciones no serán consideradas completas sin evidencia de ingreso, edad, y residencia
All applications determined to be over income will be shared with the Kern County CEL Program
Las aplicaciones que son determinadas como sobre ingreso serán compartidas con el Programa CEL del Condado de Kern

Please initial each statement and sign below/Favor de poner sus iniciales en cada frase y firmar abajo

_____ **I understand that this is the first step in the application process and does not guarantee my acceptance.**
Yo entiendo que éste es el primer paso en el proceso de aplicación y no garantiza mi aceptación

_____ **I understand that I may be contacted by Head Start staff for additional follow-up.**
Yo entiendo que podré ser contactado por personal de Head Start para procedimientos adicionales

_____ **I understand that prior to my child starting in the program, my child will need up-to-date immunizations**
Yo entiendo que antes que mi niño(a) empiece el programa, mi niño(a) necesita tener las vacunas al día

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge. If any part is false, my participation in agency's program may be terminated and I may be subject to legal action. Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba mencionada es verdadera y correcta según mí entender. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de la agencia puede ser terminada y puedo ser sujeta a acción legal.

 Parent /Guardian Signature/Firma de Padre/Tutor Legal

 Date/Fecha

FULL DAY SITES ONLY (STATE FUNDED) LOCALES DE DIA COMPLETO SOLAMENTE (PATROCINADOS ESTATALMENTE)

1. I declare under penalty of perjury that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.
 Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba mencionada es verdadera y correcta según mí entender.
2. I will notify the agency immediately (within 5 days) if there is any change in my income, family size, residence, employment, or reason for needing child development services.
 Notificaré a la agencia inmediatamente si hay algún cambio en mis ingresos, tamaño de mi familia, residencia, empleo o razón para necesitar servicios de desarrollo infantil.
3. I understand that the information about my eligibility may be reviewed by representatives of the State of California, the Federal Government, independent auditors, or others as necessary for the administration of the program.
 Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes y otras personas según sea necesario para la administración del programa.
4. I understand that I must renew my eligibility at least once per year. I further understand that if I do not renew my eligibility, I will no longer be eligible for subsidized services for my child.
 Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por lo menos una vez al año (al menos una vez cada seis meses para los servicios protectores de los niños). Además entiendo que si no renuevo mi elegibilidad, ya no calificaré para los servicios subsidiados de cuidado infantil para mi hijo(a).
5. I understand that this certification is not complete until all documentation is submitted and this form has been reviewed, signed, dated by an agency representative and signed and dated by me.
 Entiendo que esta certificación no está completa hasta que toda la documentación sea entregada y este formulario haya sido revisado, con fecha y firmado por un representante de la agencia y con fecha y firmado por mí.
6. I understand that this is a pre-screening form and I will need to provide additional information upon enrollment.
 Entiendo que este es un formulario pre-selectivo y que necesitaré proveer información adicional para la matrícula

 Parent /Guardian Signature/Firma de Padre/Tutor Legal

 Date/Fecha

Staff Use Only

State Need Status: [] Child Protective Services [] Working [] Vocational Training [] Parental Incapacity
 Family Size: _____ # of Adults: _____ # of Children: _____ Age requirement met for Pre-k [] Yes [] No
 State Monthly Gross Family Income: \$ _____ State Daily Fee: \$ _____
 State Eligibility: [] Eligible for Full-day Services [] Over-income – family does not qualify for State funded services
 [] No need for Full-day Services

 Verifying Staff Signature and Date

 Supervisor Signature and Date