BCIU HEAD START & PRE-K COUNTS PROGRAMS

Dear Applicant:

We are excited that you have considered Berks County Head Start or Pre-K Counts Program for your child! Our Programs are designed to serve 3, 4 and 5 year old children. Our services are offered during the regular school year.

Please complete the enclosed application (**2 PAGES**), *sign it* and return it in the self-addressed, stamped envelope. **This application, and all documentation, must be returned in order for your child to be considered for placement. In order to avoid confusion or misplacement, please send in all the required forms at one time.**

IMPORTANT!

Please fill out the entire form. Do not leave blank pages

Completing this application does not guarantee your child will be accepted into the BCIU Head Start or Pre-K Counts Program.

The person who signs this application and all future paperwork for our Programs must be the biological, custodial, adoptive parent, or legal guardian of the applying child.

Please send only copies of the needed documentation. DO NOT SEND IN THE ORIGINAL DOCUMENTS. Please fill out all forms included.

The following documents are required:

- Shot Record & Physical Form (Both are needed)
- Proof of income from 2025 (1040, W-2's/other tax documents or SNAP benefits)
  ***IF YOU ARE UNSURE OF WHAT WE REQUIRE FOR PROOF OF INCOME, PLEASE CALL US**
- Birth Certificate
- Custody or guardianship agreements
- Copy of the child's current IFSP/IEP (if applicable)

Thank you for considering the BCIU Head Start or Pre-K Counts Programs. Should you have any questions about this application, please reach out to us at: (610) 987-8595

If you would like to return the forms via email, please send it to FREEPRESCHOOL@BERKSIU.ORG or FAX: (610) 898-8905

Sincerely,
BCIU Head Start & Pre-K Counts Staff

"In accordance with Federal Law and US Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. (Not all prohibited bases apply to all programs)."
"To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independent Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

PROGRAMAS DE HEAD START Y PRE-K COUNTS DE BCIU

Querido Padre/Encargado:

¡Nos sentimos contentos de que haya considerado el Programa de Head Start del Condado de Berks o el Programa de Pre-K para su niño(a)! Nuestros programas esta designado para servir a niños de 3, 4 y 5 años. Ofrecemos nuestros servicios durante el año escolar regular.

Por favor complete la aplicación adjunta (**2 PAGINAS**), *firme* y devuélvala en el sobre prepagado. **Debe devolver esta aplicación y toda la documentación requerida para que podamos considerar a su niño(a) para el programa. Para evitar confusiones o extravíos, envíe todos los formularios requeridos a la misma vez.**

¡IMPORTANTE!

Por favor, llene el formulario completo. No dejes páginas en blanco

Completar esta solicitud no garantiza que su hijo(a) sea aceptado en el Programa de Head Start o Pre-K de BCIU.

La persona que firma esta solicitud y toda la documentación futura para nuestros Programas Preescolares debe ser el padre biológico, custodio, adoptivo o tutor legal del niño solicitante.

Por favor, envíe sólo copias de la documentación necesaria. NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES. Por favor de llenar todos los documentos incluido.

Se requieren los siguientes documentos:

- Registro de vacunas y el físico medico (Ambos son necesarios)
- Comprobante de ingresos de 2025(W-2/documentos fiscales o beneficios de SNAP) ***SI USTED NO ESTA SEGURO DE QUE INFORMACION NECESITA COMO PRUEBA DE INGRESO, POR FAVOR DE LLAMARNOS**
- Certificado de nacimiento
- Acuerdos de custodia o guardianía
- Copia del IFSP/IEP actual del niño(a) (si corresponde)

Gracias por considerar los Programas de Head Start o Pre-K de BCIU. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, por favor de comunicarse con nosotros al: (610) 987-8595

Si desea enviar los formularios por correo electrónico, envíelos a:
FREEPRESCHOOL@BERKSIU.ORG O FAX: (610) 898-8905

Atentamente,
Personal de Head Start y Pre-K de BCIU

"El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, siglas en Ingles) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades a base de raza, color, origen nacional, genero, religión, edad, impedimentos, credo político, orientación sexual, estado civil o familiar. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas.)"
"Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th & Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TTD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos."

BCIU Head Start & Pre-K Counts Programs
Preliminary Application
For children ages 3-5

Programas de Head Start y Pre K Counts de BCIU
Aplicación Preliminar
Para niños de 3 a 5 años de edad

CHILD'S INFORMATION *(Información del niño)*

CHILD'S NAME *(Nombre del niño/a)*: _____ **DATE OF BIRTH** *(Fecha de nacimiento)*: _____

SEX (*Sexo)* ☐ **M** ☐ **F** **RACE** (Raza) _____ **ETHNICITY** (Origen Etnico) ☐ **HISPANIC** (Hispano) ☐ **NON-HISPANIC** (no Hispano)

ADDRESS *(Dirección)*: _____

Street *(Calle)* **Apt #** *(# Apto)* **City** *(Ciudad)* **Zip** (*Código)* **County** *(Condado)*

P.O. BOX: _____

PHONE # *(Teléfono)*: _____ **SCHOOL DISTRICT** (Distrito Escolar) _____

PRIMARY HOME LANGUAGE *(Idioma Principal del hogar)*: _____ **WHAT OTHER LANGUAGES DO YOU SPEAK?** *(¿Que otro idioma habla?)* _____

Is child a foster child? *(¿Es un niño/a Foster?)* ☐ **YES** ☐ **NO** **(You must provide proof that this child is a foster child)** *(Usted debe presentar una prueba si es un niño/a Foster)*

Are you homeless? *(¿Esta en este momento sin hogar?)* ☐ **YES** ☐ **NO** **EMAIL ADDRESS** *(Correo electrónico)*: _____

LIST ALL MEMBERS OF THE HOUSEHOLD *(Nombre todos los miembros de la familia)*: **(Do not include child listed above)** *(No incluya al niño/a mencionado en la parte de arriba)*
FOR RACE, PLEASE SELECT FROM THE FOLLOWING CATEGORIES: WHITE, BLACK OR AFRICAN AMERICAN, ASIAN, NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC, AMERICAN INDIAN OR ALASKAN, MULTIRACIAL/BIRACIAL.
(Para la raza, escoja de las siguientes categorías: Blanca, Negra o afroamericana, Asiático, Nativa de Hawái o del Pacifico, Indígena de las Américas o nativa de Alaska, Multirracial/biracial)

Name *Nombre*	**DOB** *Fecha de Nacimiento*	**RELATIONSHIP TO CHILD** *Relación con el niño/a*	**RACE** *Raza*	**ETHNICITY** *Origen Étnico*
				HISPANIC Hispano ☐ **NON-HISPANIC** No Hispano ☐
				HISPANIC Hispano ☐ **NON-HISPANIC** No Hispano ☐
				HISPANIC Hispano ☐ **NON-HISPANIC** No Hispano ☐
				HISPANIC Hispano ☐ **NON-HISPANIC** No Hispano ☐
				HISPANIC Hispano ☐ **NON-HISPANIC** No Hispano ☐

INFORMATION OF PARENT/GUARDIAN ENROLLING THE CHILD *(Información del Padre o Tutor que está matriculando al niño/a):*

NAME *(Nombre)* _____ **RELATIONSHIP TO THE CHILD** *(Relación con el niño/a)* _____ **DOB** *(Fecha de Nacimiento)* _____

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME? ☐ **YES** ☐ **NO** **If yes, for how long?** _____
¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando usted no recibió ningún tipo de ingresos? ☐ *Si* ☐ *No* *(Si la respuesta es sí, ¿Por cuánto tiempo?)* _____

WHAT WERE YOUR INCOME SOURCES IN 2025? (¿*Cuál fue su fuente de ingreso en el **2025**?)*
(You must provide proof of all income checked) *(Debe proveer prueba de **todas** las fuentes que seleccione)*

Income from work ☐ *Ingreso del trabajo* ☐
Child Support ☐ *Manutención* ☐
Unemployment ☐ *Desempleo* ☐
SSI (Supplemental Security Income) ☐ *SSI (Seguro de Ingreso Suplemental)* ☐
SNAP/TANF (Cash Assistance) ☐ *Ayuda del gobierno en efectivo* ☐
Self-Employ ☐ *Trabajadores por cuenta propia* ☐

Workmans Comp ☐ *Compensación laboral* ☐
Social Security ☐ *Seguro social* ☐
Alimony ☐ *Pensión alimentici* ☐
Other _____ ☐ *Otra* _____ ☐

OTHER PARENT/GUARDIAN/ADULT IN HOUSEHOLD WHO FINANCIALLY SUPPORTS CHILD *(Información de otro Padre/Tutor/Encargado **en casa** que mantiene al niño/a):*

NAME *(Nombre)*_____ **RELATIONSHIP TO THE CHILD** *(Relación con el niño/a)* _____ **DOB** *(Fecha de Nacimiento)* _____

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME? ☐ **YES** ☐ **NO** **If yes, for how long?** _____
¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando usted no recibió ningún tipo de ingresos? ☐ *Si* ☐ *No* *(Si la respuesta es sí, ¿Por cuánto tiempo?)*_____

WHAT WERE YOUR INCOME SOURCES IN 2025? (*¿Cuál fue su fuente de ingreso en el **2025**?)*
(You must provide proof of all income checked) *(Debe proveer prueba de **todas** las fuentes que seleccione)*

Income from work ☐ *Ingreso del trabajo* ☐ **Child Support** ☐ *Manutención* ☐ **Unemployment** ☐ *Desempleo* ☐ **SSI (Supplemental Security Income)** ☐ *SSI (Seguro de Ingreso Suplemental)* ☐ **SNAP/TANF (Cash Assistance)** ☐ *Ayuda del gobierno en efectivo* ☐ **Self-Employ** ☐ *Trabajadores por cuenta propia* ☐

Workmans Comp ☐ *Compensación laboral* ☐ **Social Security** ☐ *Seguro social* ☐ **Alimony** ☐ *Pensión alimentici* ☐ **Other** _____ ☐ *Otra* _____ ☐

ADDITIONAL INFORMATION *(Información adicional):*

When was your child's last physical exam? _____ **What doctor performed the physical?** _____ **(enclose copies)**
¿Cuando fue el ultimo examen físico de su niño/a? _____ *¿Qué doctor le hizo el examen al niño/a?* _____ *(adjunte copias)*
Has your child ever seen a dentist? __ **YES** ____ **NO** **When?** _____ **What dentist?**_____ **(enclose copies)**
¿Ha ido al dentista su niño/a alguna vez? _____ *SI* _____ *NO* *¿Cuando?* _____ *¿Qué dentista?* _____*(adjunte copias)*

Please answer the following questions *(Por favor responda las siguientes preguntas)***:**

Does your child have a diagnosed disability or receive any specialized services? ☐ **YES** ☐ **NO**
¿Tiene su niño/a una discapacidad o recibe servicios especializados? _____

Does your child have a current IFSP (Individualized Family Service Plan with *SAM)? ☐ **YES** ☐ **NO**
*¿Tiene su niño/a un IFSP (Plan de Servicio de Familia Individual con *SAM?*_____

Does your child have a current IEP (Individualized Education Plan with Early Intervention)?
☐ **YES** ☐ **NO**
If yes, what type of services does your child receive (group or classroom)?
_____
¿Tiene su niño/a un IEP (Plan de Educación Individual con Intervención Temprana)?
☐ ***si*** ☐ ***no***
Si tiene IEP, ¿qué clase de servicios recibe su niño (grupo o salón)? _____
_____

Does your child receive services OR has been referred to a behavioral/mental health agency or counseling, including services from a TSS worker? ☐ **YES** ☐ **NO**
If yes, which agency? _____
¿Recibe su niño/a servicios O ha sido referido a una agencia de comportamiento/salud mental o consejería, incluyendo servicios de un TSS (Personal de Apoyo Terapéutico)? ☐ ***si*** ☐ ***NO***
Si la respuesta fue si, ¿por medio de qué agencia? _____

Does your child receive any OTHER services? _____
_____
¿Recibe su niño/a cualquier OTRO servicio? _____
_____

PLEASE SUBMIT A COPY OF YOUR CHILD'S IFSP/IEP (POR FAVOR DE ENVIAR UNA COPIA DEL IFSP/IEP DE SUS NIÑO)
***SAM: Service Access Management**

A COPY OF THE CHILD'S BIRTH CERTIFICATE, SHOT RECORD, PHYSICAL AND PROOF OF 2024 INCOME MUST ACCOMPANY THIS APPLICATION. Include copies of your child's most recent physical, blood lead test and dental exams in order for your application to be processed in a timely manner.

¡UNA COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A, VACUNAS, FISICO, E INGRESOS DEL 2025 DEBEN ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD. Incluya copias del examen físico, del plomo y dental más reciente de su niño para que su aplicación sea procesada sin tardanza.

PROOF OF INCOME (Do Not Write In This Box)
Verificación de Ingresos (No Escribe En Este Cuadro)

***If you receive either SSI (Supplemental Security Income), TANF (Cash Assistance) or SNAP you must provide statements/proof from that agency. No other income verification is needed for Head Start. Pre-K Counts will require additional proof of income.**

Si usted recibe SSI (Seguro de Ingreso Suplemental) o TANF (ayuda del gobierno en efectivo), debe presentar una declaración o prueba de la agencia. No necesita ningún otro tipo de verificación para el programa de Head Start. Pre-K Counts requerirá prueba adicional de ingreso.

***If you receive Alimony, Child Support, Unemployment Compensation and/or Pension from the military or past employment you must provide documentation.**

Usted debe presentar prueba si recibe Manutención, Compensación de Desempleo y/o Pensión militar o laboral.

***Documentation of wages (please provide one of the following):**
W-2, tax form 1040, or a signed and dated statement from your employer.
Documentación de ingresos (por favor presente uno de los siguientes): W2, formulario 1040 de taxes, o declaración de su empleador, firmada y con la fecha.

Does your child attend a childcare? ☐ **YES** ☐ **NO** **If yes, please provide name and address of daycare**: _____

¿Asiste su niño/a a un lugar de cuidado de niños? ☐ ***Sí*** ☐ ***NO***

*Si la respuesta es si, por favor indique el nombre y la dirección del cuidado de niños:*_____

Will your child continue to attend a childcare before and after school once enrolled? ☐ **YES** ☐ **NO**

If yes, please provide name and address of childcare: _____

¿Su hijo/a seguirá asistiendo a una guardería antes y después de la escuela una vez inscrito? ☐ ***Sí*** ☐ ***NO***

*Si la respuesta es si, por favor indique el nombre y la dirección del cuidado de niños:*_____

***If your childcare will be transporting to/from school, your childcare will be required to follow the set drop-off and pick-up times.**

**Si su guarderia proporcionara transporte hacia/desde la escuela, su guarderia deberá seguir los horarios establecidos para dejar y recoger.*

_____ **Initial that you read and understand**

_____ *Iniciales que usted leyo y entiende*

***Please be aware that we will be viewing the Pelican System (A statewide system) to be able to find the best placement for your child.**

**Por favor tenga en cuenta que estaremos mirando información en el Sistema de Pelican (Un sistema del estado) para poder poner a su niño/a en el salón más indicado*

The information I have given on this application and the supporting documentation are complete and accurate, to the best of my knowledge.

La información que he divulgado en esta aplicación y la documentación comprobante son completas y verdaderas de acuerdo a mi conocimiento.

Signature Required (Firma Requerida)	**X**_____ **Signature of Parent/Guardian** *(Firma del Padre o Tutor)*	_____ **Print name of Parent/Guardian** *(Nombre del Padre o Tutor en letra imprenta)*	_____ **Today's Date** *(Fecha de Hoy)*

Do Not Write Below This Line (No Escriba Debajo De Esta Linea)

I certify that I have examined the above checked documentation for income and age eligibility verification of the _____family. I have found this family to be eligible for ☐ Head Start ☐ Pre K Counts

_____ **Signature of BCIU Staff**	_____ **Printed Name of BCIU Staff**	_____ **Date**

office of Early Childhood & Student Services | ECSS

Physical Examination Form

BCIU Berks County Intermediate Unit an educational service agency

Child's name: _____ **Birthdate:** _____ **Gender:** _____

If test were done before this exam, we can use those results. Enter dates if done previously.

TEST	DATE	RESULT	TEST	DATE	RESULTS
PRESENT AGE		Yrs____Mon____	VISION (TYPE OF TEST)		
HEIGHT			ACUITY, R/L		
WEIGHT					
BLOOD PRESSURE			COMMENTS		
LEAD					
HEARING (Type of Test)			**OTHER TEST**		
RESULTS, R/L			TB		
			SICKLE CELL		
COMMENTS			HBG/HCT		
			OTHER		
***Please attach a copy of all vaccinations to this form.**	Normal for age	Abnormal for age	**Health history & medical information pertinent to routine childcare & diagnosis/treatment in emergency (Describe if any):**		
GENERAL APPEARANCE					
POSTURE, GAIT					
SPEECH					
HEAD			**Describe all medications & any special diet the child receives & the reason for the medication & special diet. All medications a child receives should be documented in the event the child requires emergency medical care. Attach additional sheets if necessary.**		
SKIN					
NOSE, MOUTH, PHARYNX					
TEETH					
HEART					
LUNGS					
ABDOMEN (Include Hernia)			**Child's allergies (Describe if any):**		
GENNITALIA					
BONES. JOINTS, MUSCLES					
NEUROLOGICAL/SOCIAL					
MOTOR SKILLS					
COMMUNICATION SKILLS					
COGNITIVE			**List any health problems or special needs & recommended treatment/services. Attach additional sheets if necessary to describe the plan for care that should be followed for the child, including indication of special training required for staff, equipment, & provision for emergencies.**		
SELF-HELP SKILLS					
SOCIAL SKILLS					
GLANDS (LYMPHATIC/THYROID)					
MUSCULAR COORDINATION					

Please complete the reverse side of this form as well.

OTHER COMMENTS:

GENERAL STATEMENT OF CHILD'S PHYSICAL STATUS:

Doctor's Name (Please Print) | Phone Number | Fax Number

Practice Name | Address

Doctor's Signature | Date

Berks County Intermediate Unit
an educational service agency

ECSS Oral Health Form

Patient Information

Pregnant woman's/child's name _____ Pregnant woman's/child's date of birth _____

This practice is the pregnant woman's/child's dental home: ☐ Yes ○ No

Current Oral Health Status

Does the pregnant woman or child have any teeth with untreated decay? ☐ Yes (decay) ○ No (decay free)

Does the pregnant woman or child have any teeth that have previously been treated for decay, including fillings, crowns, or extractions? ☐ Yes ○ No

Does the pregnant woman have gum disease? ☐ Yes ○ No

Are there treatment needs? ☐ Yes, urgent ○ Yes, not urgent ○ No treatment needs

Oral Health Care Services Delivered During Visit

Diagnostic/Preventive Services

Examination: ☐ Yes ○ No
X-rays: ☐ Yes ○ No
Risk assessment: ☐ Yes ○ No
Cleaning: ☐ Yes ○ No
Fluoride varnish: ☐ Yes ○ No
Dental sealants: ☐ Yes ○ No

Counseling/Anticipatory Guidance

☐ Yes ○ No

Referral to Specialty Care

☐ Yes ○ No

_____
(Please specify specialist)

Restorative/Emergency Care

Fillings: ☐ Yes ○ No
Crowns: ☐ Yes ○ No
Extractions: ☐ Yes ○ No
Emergency care: ☐ Yes ○ No

Other: _____
(Please specify)

Future Oral Health Care Services

All treatment completed: ☐ Yes ○ No Next recall date: _____ / _____ (month/year)

More appointments needed for treatment? ☐ Yes ○ No

If yes: Approximate number of appointments needed: _____ Next appointment: Date: _____ Time: _____

Additional Information for Pregnant Women, Parents, Head Start Staff, and Medical Providers

Oral Health Provider's Contact Information and Signature

Provider name *(please print)* _____ Phone number _____ Fax number _____

Practice name _____ Address _____

Provider signature _____ Date _____

ECSS Blood Lead Test

Date of Most Current Lead Test:_____ Center: _____

Child's Name:_____ Date of Birth: _____

Blood Lead Result:_____

Within Normal Limits:_____ Re-Test:_____

Outside Normal Limits:_____ Refer: _____

Screener Signature: _____