



**ALL OUR KIN**  
EARLY HEAD START

Thank you for your interest in All Our Kin’s Early Head Start (EHS) program! EHS is a federally-funded program that provides *free or low-cost* full-day, full-year child care and supportive services to eligible families.

Please provide the following information:

Parent/guardian name: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

Child’s date of birth: \_\_\_\_\_

City and zip code of current residence\*: \_\_\_\_\_  
*(our program can only serve families residing in New Haven, West Haven, or Hamden)*

Monthly household income\*: \_\_\_\_\_

Number of people currently living in household: \_\_\_\_\_

Do you receive TANF or SSI? \* YES / NO *(circle one)*

Are you and your child currently experiencing homelessness? YES / NO *(circle one)*  
*(this includes temporarily staying with friends or extended family members)*

Are you the guardian of an infant or toddler in foster care? \* YES / NO *(circle one)*

*\*We need certain paperwork to determine eligibility. In addition to proof of residence (lease or utility bill), you must submit pay stubs for each adult in household who is working or a copy of your SSI/TANF certificate or documentation related to foster parenting. If your family has no income, you must submit a notarized letter stating so.*

If you are determined to be eligible, an EHS staff member will contact you to complete our full program application. Please note that eligibility *does not* guarantee a child care opening for your child—we have a long waitlist and a limited number of slots. **THANK YOU!**



**ALL OUR KIN**  
EARLY HEAD START

¡Gracias por su interés en el programa Early Head Start (EHS) de All Our Kin! EHS es un programa financiado por el gobierno federal que brinda cuidado de niños y servicios de apoyo gratuitos o de bajo costo para todo el año a familias elegibles.

Por favor provea la siguiente información:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal de su residencia actual\*: \_\_\_\_\_  
*(nuestro programa solamente puede servir familias que viven en New Haven, West Haven, o Hamden)*

Ingresos mensuales del hogar\*: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven actualmente en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Recibe TANF o SSI? \* SÍ / NO *(circule uno)*

¿Está usted y su hijo actualmente sin hogar? SÍ / NO *(circule uno)*  
*(esto incluye quedarse temporalmente con amigos o miembros de su familia extendida)*

¿Es usted el tutor de un bebé o niño pequeño en orfanato ? \* SÍ / NO *(circule uno)*

*\*Necesitamos ciertos documentos para determinar la elegibilidad. Además de la prueba de residencia (contrato de arrendamiento o factura de servicios públicos), debe enviar talonarios de pago por cada adulto en el hogar que esté trabajando o una copia de su certificado SSI / TANF o documentación relacionada con la crianza temporal. Si su familia no tiene ingresos, debe presentar una carta notariada que así lo indique.*

Si se determina que usted es elegible, un miembro del personal de EHS se comunicará con usted para completar nuestra solicitud completo del programa. Tenga en cuenta que la elegibilidad no garantiza una apertura de cuidado infantil para su hijo: tenemos una larga lista de espera y un número limitado de cupos. **¡GRACIAS!**