



SKYLINE CAP HEAD START – P. O. BOX 588, MADISON, VA 22727

D - APPLICATION – APLICACION

Skyline CAP, Inc. does not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, national origin, or handicap.

Skyline CAP, Inc no discrimina a base de raza, color, religión, sexo, origen nacional, o incapacidades.

Full Name of child – Nombre del Niño Male – Niño Female- Niña (Please provide birth certificate-Necesitamos la acta de nacimiento)		Birth date–Fecha de Nacimiento		Household Income (gross) – Ingresos \$ _____/month or \$ _____/year (Please provide proof of income - Por favor proveer prueba de ingresos)	
		Birthplace: Lugar de Nacimiento			
		Race-Raza:		Hispanic: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No Hispanos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Mother's or legal guardian name -Nombre de la madre o guardián legal			Father's or legal guardian – Nombre del padre o guardián legal		
Relationship to child – Relación al Niño <input type="checkbox"/> Parents – Padres <input type="checkbox"/> Grandparents – Abuelos <input type="checkbox"/> Foster parent – Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Other relative – Otros parientes <input type="checkbox"/> Person having legal custody/guardianship – Persona que tiene custodia legal					
Mailing Address-Dirección de Correo City, State, Zip-Ciudad, Estado y Código Postal			Street Address-Dirección Actual City, State, Zip -Ciudad, Estado y Código Postal		
Mother's address if different: La dirección de la madre si diferente:			Father's address if different: La dirección del padre si diferente:		
Email address Dirección de correo electrónico Mom/Madre			Dad/Padre		
How many years have you lived in this Country? ¿Cuántos años has vivido en este país?					
Home Phone # - Número de teléfono en casa Day Time #Numero del día Cell #		If no phone -Message phone, name & # - Si no hay teléfono - Número de teléfono para recados, y nombre		Does child have any allergies? - ¿Tiene su hijo/a alergias? If so, explain: - Si así, explique:	
Primary language spoken in the home—Idioma principal que se habla en casa		What language does the child speak at home? ¿Qué idioma habla su hijo/a en casa?		How well does the child speak English?- ¿Cómo habla su hijo/a el inglés? <input type="checkbox"/> Well-Bien <input type="checkbox"/> Not well-No muy bien <input type="checkbox"/> none-Nada	
Name and telephone number of translator if needed: Nombre y número de teléfono de traductor si es necesario					
Please indicate any of the following services your child is receiving – Por favor indique los servicios que su niño/a está recibiendo. Does your child have an IEP? ¿Tiene su hijo un IEP? <input type="checkbox"/> Yes - <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Occupational Therapy/Physical Therapy—Terapia Ocupacional/Terapia Física <input type="checkbox"/> Speech/Language – Habla/Idioma <input type="checkbox"/> Hearing – Oído <input type="checkbox"/> Vision – Vista <input type="checkbox"/> Developmental – Desarrollo <input type="checkbox"/> Other – Otro (Specify - Especifique): _____					
Do you have any concerns about your child's development or speech/language? ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo. Habla/Idioma? <input type="checkbox"/> Yes - <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - <input type="checkbox"/> No Please describe your concern if you have one (add a page, if needed): Si es así explique, por favor (Agregue una página, si necesitó):					
Do you have transportation available to get your child to and from the classroom? (Transportation not guaranteed) ¿Tiene usted transporte disponible para llevar a su niño/a a la escuela? (El transporte no es garantizo) <input type="checkbox"/> Yes - <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - <input type="checkbox"/> No					
What is your child's medical insurance? ¿Qué seguro médico tiene su hijo/a? _____					
What is the insurance number? ¿Cual es el número del seguro medico? _____					
Doctor's Name _____			Dentist Name _____		
EMERGENCY CONTACTS Name, address, tel #(other than parents) –CONTACTOS DE EMERGENCIA Nombre y dirección telefono (no padres)					
1. _____					
2. _____					

Please list everyone in the house (include parents and children) – Por favor apunte todos los miembros en casa (incluya padres e hijos)

Name – Nombre	Birth date - Fecha de Nacimiento	F/M	Where do you work? ¿Dónde trabaja?	Employer tel # Número de teléfono de empleador	Highest level of Education último grado escolar

Family Characteristics - Características de familia

We have limited space and placement is offered according to highest needs.
Tenemos espacio limitado y colocación se ofrece de acuerdo con los más necesitados.

(Check all that apply) La familia recibe TANF, etc.- (marque lo que aplica) Receiving benefits: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> F/R Lunch <input type="checkbox"/> child support, <input type="checkbox"/> VEC services	<input type="checkbox"/> Significant behavior <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> special dietary needs, <input type="checkbox"/> on prescription medications <i>Conducta o el discurso significativos conciernen, el peso bajo del nacimiento, o las necesidades nutricionales on prescripción medicación</i> <input type="checkbox"/> Single parent, <input type="checkbox"/> incarcerated parent, or <input type="checkbox"/> parent loss by death— <i>Padre soltero, encarcelado o fallecido</i>
<input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?— <i>Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?</i>	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> was in foster care – <i>El niño está/ha estado con personas adoptivas</i>
<input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member <i>El seguro médico que carece para el miembro de la casa</i>	<input type="checkbox"/> Prior or current CPS (Child Protective Service) involved <i>(Servicios de Protección Infantil) que participan</i> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied <i>La deuda o la incapacidad actuales pagar cuentas mensuales</i>	<input type="checkbox"/> Prior or current Head Start <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Special Education family member <input type="checkbox"/> Healthy Families – <i>Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente</i>
<input type="checkbox"/> Both parents unemployed— <i>Dos padres desempleados</i>	<input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> Substance addiction
<input type="checkbox"/> English language learner <i>Inglés como segunda lengua</i>	<input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)— <i>Violencia doméstica</i>
<input type="checkbox"/> Parent unable to read/write <i>Crée lectura/escritura incapaz</i>	<input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - <i>El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)</i>
<input type="checkbox"/> Unstable housing <i>alojamiento inestable</i> <input type="checkbox"/> Overcrowded housing <i>alojamiento superpoblado</i> <input type="checkbox"/> Moved in with friends/relatives <i>vive con amigos/familiares</i>	<input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months – <i>Movió 2 o más tiempos en los últimos seis meses</i>
<input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From <i>Inmigrante o refugiado recién – De:</i>	Is your child completely potty trained? (This is NOT a requirement for Head Start) ¿Su hijo usa el baño solo completamente? (Esto NO es un requisito de Head Start) <input type="checkbox"/> Yes - <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Chronically ill family member (physical, mental, emotional, substance abuse/addiction) Who? What? <i>Alguna persona crónicamente enferma en la familia (física, mental, emocional, abuso de sustancias/adicciones) ¿Quién? ¿Qué?</i> _____	<input type="checkbox"/> Homeless – <i>Sin casa o viviendo en residencia temporánea</i>
<input type="checkbox"/> Homeless – <i>Sin casa o viviendo en residencia temporánea</i>	<input type="checkbox"/> Other – <i>Otro</i>

I understand this is an application ONLY and does not guarantee enrollment in the program. I also understand that I MUST keep Head Start informed of any changes of address or phone number. I declare that I have given complete, accurate, and truthful information and certify that the documents and information that I've provided concerning eligibility are accurate to the best of my knowledge. Entiendo que esta es SOLAMENTE una aplicacion y no qarantiza matriculacion en el programa. Tambien entiendo que NECESITO informar a Head Start si hay algun cambio de direcciono de numero de telefono. Declaro que he dado información completa, exacta y veraz y certifique que los documentos y la información que he proporcionado acerca de la elegibilidad son exactos al mejor de mi conocimiento.

If you check this block you DO NOT want information shared with other preschool programs. Marque no informacion a otro pre-escolar.

Where did you obtain this application? ¿Cómo obtuvo usted esta aplicación? _____

Signature – Firma _____

Date – Fecha _____