

Skyline CAP Head Start
Enrollment Application Information

PLEASE KEEP THIS COVER SHEET FOR FUTURE REFERENCE.

Head Start is a comprehensive preschool program that primarily serves children from income eligible families. Children must have reached their third or fourth birthday by September 30 of the enrollment year. We welcome children with disabilities. We also take into consideration factors that may put the family at risk. Skyline CAP, Inc. does not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, national origin, or handicap.

Our telephone number is **540 948-3916**. We serve families in the counties of **Greene (ext. 270)**, **Madison (ext. 210)**, **Warren (ext. 271)**, **Shenandoah (ext. 272)**, **Page, Stanley (ext. 272)** and **Page, Springfield (ext. 271)**. Our main office is located in Madison, VA (540 948-3916 ext. 210).

INSTRUCTIONS FOR APPLICATION PROCEDURE – If you need assistance or have questions, call any of the numbers above. Your child cannot be considered for placement until all of the checked items are received.

- ✓ **The attached/enclosed application completely filled out**
- ✓ **Birth certificate** (if born in VA you can get a birth certificate at a full service DMV)
- ✓ **Proof of total household income from all sources (not needed if foster family).** Please send COPIES of following documents:

- W-2s or tax return for the previous year **or**
- Pay check stubs for the last month **or**
- Letter from your employer with income information **or**
- SNAP authorization letter

If the following income applies we also need verification.

- SSDI (award letter)
 - SSI (award letter)
 - Child Support (award letter or copy of checks)
 - Veteran's Benefits
 - Social Security
 - Unemployment
 - Worker's Comp
 - Cash assistance (TANF) (DSS award letter)
- **If you have NO income we must have a letter of support from the person(s) supporting your family or a zero-income statement, which we can send you upon request. If you are homeless (had to move in with friends/family) you need to complete a living situation survey, which we can send you upon request.**

*Upon receipt of all of the above needed information you will be notified of your child's status in the program. This could take up to 30 days and unfortunately sometimes longer. **Submitting this application does not mean that the child is enrolled.***

If your child is chosen for the program required documents would include a signed up-to-date immunization record, current physical (within the last year) and a dental exam (within the last six months).

If your address or telephone number changes while waiting to hear from us please call us with the changes. Please return your application to our Administration office: Skyline CAP Head Start, P.O. Box 588,(532 S Main Street) Madison, VA 22727 or your local family advocate. Our fax number is 540 948-2264 or email familymanager@skylinecap.org.

**SKYLINE CAP HEAD START – P. O. BOX 588, MADISON, VA 22727
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:			
Mother/legal guardian name -Nombre de la madre o guardián legal			Father/legal guardian name–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					
Living Status: <input type="checkbox"/> I own my home <input type="checkbox"/> I rent my home <input type="checkbox"/> I have a Housing Choice Voucher (Section 8)					
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 County? ¿Cuántos años ha vivido usted en este Condado?					
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 interpreter if needed: Nombre y número de teléfono del intérprete 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 – Oír <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/a. 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 necesario):					
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; placement is offered based on highest needs. Tenemos espacio limitado y colocación se ofrece de acuerdo con los más necesitados.

<p>(Check all that apply) La familia recibe TANF, etc.- (marque lo que aplica) Receiving benefits:</p> <p><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</p>	<p><input type="checkbox"/> Significant behavior <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> special dietary needs, <input type="checkbox"/> on prescription medications Conducta o el discurso significativos conciernen, el peso bajo del nacimiento, o las necesidades nutricionales on prescripción medicación</p>
<p><input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?– Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?</p>	<p><input type="checkbox"/> Single parent, <input type="checkbox"/> incarcerated parent, or <input type="checkbox"/> parent loss by death–Padre soltero, encarcelado o fallecido</p>
<p><input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member El seguro médico que carece para el miembro de la casa</p>	<p><input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> was in foster care – El niño está/ha estado con personas adoptivas</p>
<p><input type="checkbox"/> Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied La deuda o la incapacidad actuales pagar cuentas mensuales</p>	<p><input type="checkbox"/> Prior or current CPS (Child Protective Service) involved (Servicios de Protección Infantil) que participan <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Both parents unemployed–Dos padres desempleados</p>	<p><input type="checkbox"/> Prior or current Head Start <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Special Education family member <input type="checkbox"/> Healthy Families – Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente</p>
<p><input type="checkbox"/> English language learner Inglés como segunda lengua</p>	<p><input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> Substance addiction</p>
<p><input type="checkbox"/> Parent unable to read/write Críe lectura/escritura incapaz</p>	<p><input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)– Violencia doméstica</p>
<p><input type="checkbox"/> Unstable housing alojamiento inestable</p> <p><input type="checkbox"/> Overcrowded housing alojamiento superpoblado</p> <p><input type="checkbox"/> Moved in with friends/relatives vive con amigos/familiares</p>	<p><input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)</p>
<p><input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From Inmigrante o refugiado recién – De:</p> <p><input type="checkbox"/> I am a Migrant worker Soy trabajador migrante</p>	<p><input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months – Movié 2 o más tiempos en los últimos seis meses</p>
<p><input type="checkbox"/> Chronically ill family member (physical, mental, emotional, substance abuse/addiction) Who? What? Alguna persona crónicamente enferma en la familia (física, mental, emocional, abuso de sustancias/adicciones) ¿Quién? ¿Qué? _____</p>	<p>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</p>
<p><input type="checkbox"/> Homeless – Sin casa o viviendo en residencia temporánea</p>	<p><input type="checkbox"/> Other – Otro</p>
<p><input type="checkbox"/> I am active Military Soy militar activo</p>	<p><input type="checkbox"/> Other – Otro</p>
<p><input type="checkbox"/> I am a Veteran Soy un veterano</p>	<p><input type="checkbox"/> I am a Farmer Soy un granjero</p>

Mail, FAX 540 948-2264 or email this application to: familymanager@skylinecap.org (Telephone # 540 948-3916 x210)

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 aplicación y no garantiza matriculación en el programa.** También entiendo que NECESITO informar a Head Start si hay algún cambio de dirección o de número de teléfono. 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 información a otro pre-escolar.

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

Signature – Firma

Date – Fecha