

Skyline CAP Head Start
Información del Formulario de Inscripción

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA REFERENCIA.

Head Start es un programa pre-escolar que primariamente sirve a niños de familias eligibles por sus ingresos. Los niños tienen que haber cumplido tres o cuatro años antes del 30 de septiembre del año de inscripción. Aceptamos con felicidad a niños discapacitados. También consideramos puntos de riesgo para la familia.

Nuestro numero de telefono es **540 948-3916**. Servimos a familias en los condados de **Greene (ext. 272)**, **Madison (ext. 210)**, **Warren (ext. 271)**, **Shenandoah (ext. 272)**, and **Page (ext. 271)**. La oficina central está situada en Madison, VA (540 948-3916 ext.210).

INSTRUCCIONES PARA SEGUIR CON EL FORMULARIO DE INSCRIPCION – Si necesita asistencia o tiene preguntas, llame a cualquiera de los números de arriba.

- ✓ **Llene el formulario que esta adjuntado**
- ✓ **certificado de nacimiento**
- ✓ **Sujeta prueba de ingresos totales para toda la familia al formulario.**

Por favor mande COPIAS de lo siguiente:

- La forma W-2 o el retorno de impuestos del año pasado **o**
- Los talones de cheque del el último mes **o**
- Carta de empleo con información de ingresos
- SNAP la información

Si aplica lo siguiente, también necesitamos verificación.

- SSI or SSDI (carta de notificación)
- Asistencia financiera (TANF) (DSS carta de notificación)
- Child Support (carta de notificación o copia de cheques)
- Beneficios de Veterano
- Seguridad Social
- Desempleo
- Worker's Comp

Si no tiene ingresos, debemos tener una carta de apoyo de la (s) persona (s) que respalda a su familia o un estado de cuenta de cero ingresos, que podemos enviarle a pedido. Si no tiene hogar (tuvo que mudarse con amigos / familiares) debe completar una encuesta de situación de vida. que podemos enviarle a pedido..

Después de que recibamos toda la información de arriba, usted será notificado del estado de su niño en el programa. El proceso puede tomar 30 días. El envío de esta solicitud no significa que el niño está matriculado.

Si se elige a su hijo para el programa, los documentos requeridos incluirían un registro de vacunación actualizado y firmado, examen físico actual (en el último año) y un examen dental (en los últimos seis meses).

Si su dirección o número de teléfono cambia durante el tiempo que espera respuesta, por favor llámenos con los cambios. Por favor devuelva el formulario a nuestra oficina administrativa: **Skyline CAP Head Start, P. O. Box 588, (532 S Main Street) Madison, VA 22727. Nuestro número de fax es 540 948-2264.**

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.

(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, on prescription medications Conducta o el discurso significativos conciernen, el peso bajo del nacimiento, o las necesidades nutricionales on prescripción medicación
<input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?– Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?	<input type="checkbox"/> Single parent, incarcerated parent, or parent loss by death–Padre soltero, encarcelado o fallecido
<input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member El seguro médico que carece para el miembro de la casa	<input type="checkbox"/> Child is was in foster care – El niño está/ha estado con personas adoptivas
<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	<input type="checkbox"/> Prior or current CPS (Child Protective Service) involved (Servicios de Protección Infantil) que participan
<input type="checkbox"/> Both parents unemployed–Dos padres desempleados	<input type="checkbox"/> Prior or current Head Start VPI Special Education family member Healthy Families – Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente
<input type="checkbox"/> English language learner Inglés como segunda lengua	<input type="checkbox"/> Substance abuse Substance addiction
<input type="checkbox"/> Parent unable to read/write Crée lectura/escritura incapaz	<input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)– Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Unstable housing alojamiento inestable <input type="checkbox"/> Overcrowded housing alojamiento superpoblado <input type="checkbox"/> Moved in with friends/relatives vive con amigos/familiares	<input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)
<input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From Inmigrante o refugiado recién – De: <input type="checkbox"/> I am a Migrant worker Soy trabajador migrante	<input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months – Movié 2 o más tiempos en los últimos seis meses
<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/adiciones) ¿Quién? ¿Qué? _____	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"/> Homeless – Sin casa o viviendo en residencia temporánea	<input type="checkbox"/> Other – Otro
<input type="checkbox"/> I am active Military Soy militar activo	<input type="checkbox"/> Other – Otro
<input type="checkbox"/> I am a Veteran Soy un veterano	<input type="checkbox"/> I am a Farmer Soy un granjero

Mail this application to P.O. Box 588, Madison, VA 22727 or FAX to 540 948-2264. Questions? Call 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