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* **Birthplace**: *Lugar de Nacimiento* **Race**-*Raza:*	**Hispanic:**□ **yes** □ **No** Hispanos: □ Si □ No	**Household Income (gross)** – *Ingresos* $ _____/*month or* $ _____/*year* **(Please provide proof of income -** *Por favor proveer prueba de ingresos)*

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 □ **Parents** – *Padres* □**Grandparents** – *Abuelos* □ **Foster parent** – *Padres de Crianza*
□ **Other relative** – *Otros parientes* □ **Person having legal custody/guardianship** – *Persona que tiene custodia legal*

Living Status: □ **I own my home** □ **I rent** □ **Rental Assistance** □ **live with friends/relatives** □ **homeless** □ **Shelter**
Estado de vida:**□*****Soy dueño de mi casa*** **□*****Rento*** **□** ***Asistencia de alquiler*** **□*****Vivo con amigos/parientes*** **□*****Sin hogar*** **□*****Refugio***

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?*

Cell #s ***Celda #s*** **Home Phone #** - *Número de teléfono en casa*	**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 asi, *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?* □ **Well**-*Bien* □ **Not well**-*No muy bien* □ **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?* □ **Yes** - □ *Sí* □ **No** - □*No*
□**Occupational Therapy/Physical Therapy**–*Terapia Ocupacional/Terapia Física*
□**Speech/Language** – *Habla/Idioma* □**Hearing** – *Oír* □**Vision** – *Vista*
□**Developmental** – *Desarrollo* □**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?* □ **Yes** - □ Sí □ **No** - □*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 disponsible para llevar a su niño/a a la escuela? (El transporte no es garantizo) □ **Yes** - □ *Sí* □ **No** - □*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.*

(Check all that apply) *La familia recibe TANF, etc.-* **(marque lo que aplica) Receiving benefits:** □ **TANF** □ **Medicaid** □ **FAMIS** □ **Food Stamps** □ **SSI** □ **WIC** □ **child support,** □ **unemployment** □ **rental assist**	□ **Significant behavior** □ **ADHD** □ **special dietary needs,** □ **on prescription medications** *Conducta o el discurso significativos conciernen, el peso bajo del nacimiento, o las necesidades nutricionales on prescripción medicación* □ **Single parent,** □ **incarcerated parent, or** □ **parent loss by death**–*Padre soltero, encarcelado o fallecido*
□ **Outside agency referral, who?–** *Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quien?*	**Child** □ **is** □ **was in foster care** – *El niño está/ha estado con personas adoptivas*
□ **Medical insurance lacking for household member** *El seguro médico que carece para el miembro de la casa*	□ **Prior or current CPS (Child Protective Service) involved** *(Servicios de Protección Infantil) que participan* □
□ **Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied** *La deuda o la incapacidad actuales pagar cuentas mensuales*	□ **Child has been abused** (sexually, physically, or emotionally), - *El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)*
□ **Both parents unemployed**–*Dos padres desempleados*	□ **Substance abuse** □ **Substance addiction**
□ **English language learner** *Inglés como segunda lengua* □ **Parent unable to read/write** *Crie lectura/escritura incapaz*	□ **Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)**– *Violencia doméstica*
□ **Unstable housing** alojamiento inestable □ **Overcrowded housing** alojamiento superpoblado □ **Moved in with friends/relatives** vive con amigos/familiares	□ **Prior or current Head Start** □ **VPI** □ **Special Education family member** □ **Healthy Families** – *Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente*
□ **Recent immigrant/refugee-From** *Inmigrante o refugiado recién – De:* □ **seasonal Migrant worker** *trabajador migrante estacional*	□ **Moved 2 or more times in the last six months** – Movió 2 o más tiempos en los últimos seis meses
□ **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)* □ **Yes -** □ *Sí* □ **No** - □ *No*
□ **Active Military** *Militar Activo* □ **Veteran** *Veterana*	□ **Other** – *Otro*

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 qarantiza matriculacion 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