

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. 210-Fay), Madison (ext. 210- Fay), Warren (ext. 271-Amanda), and Page (ext. 271—Amanda). La oficina central está situada en Madison, VA (540 948-3916 ext.210).

INSTRUCCIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD: si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a cualquiera de los números anteriores. Su hijo no puede ser considerado para la colocación hasta que se reciban todos los artículos marcados.

- ☐ La solicitud adjunta/adjunta completamente diligenciada
- ☐ Certificado de nacimiento (si nació en VA puede obtener un certificado de nacimiento en cualquier Departamento de Salud de VA)
- ☐ Comprobante del ingreso total del hogar de todas las fuentes (no es necesario si la familia de acogida, en la asistencia pública, sin hogar, o cualquier miembro de la familia está recibiendo SSI).

Si está recibiendo asistencia pública o SSI, solo necesitamos lo siguiente.

- ☐ Carta de otorgamiento de asistencia en efectivo (TANF o SNAP) DSS o copia de la tarjeta EBT firmada al frente y al dorso
- ☐ Documentos SSI
- Si el niño está en crianza temporal, necesitamos algo de la agencia que tiene la custodia.
- Si está criando al hijo de otra persona (pero el hijo NO está en cuidado de crianza), debe completar un formulario de cuidado por parientes, disponible a pedido.
- Si NO tiene ingresos, debemos tener una carta de apoyo de la(s) persona(s) que mantienen a su familia o una declaración de ingresos cero, disponible a pedido.
- Si no tiene hogar (esto incluye si tuvo que mudarse con amigos/familiares), debe completar una encuesta de situación de vivienda, disponible a pedido.

Todos los otros:

- Por favor envíe COPIAS de los siguientes documentos:

- ☐ W-2 o declaración de impuestos del año anterior o
- ☐ Talones de cheques de pago del último mes o
- ☐ Carta de su empleador con información de ingresos o

Si se aplica el siguiente ingreso, también necesitamos verificación.

- * SSDI (carta de adjudicación) * Child Support (carta de adjudicación o copia de cheques)
- * Beneficios para Veteranos * Seguro Social
- * Desempleo * Compensación al trabajador

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, 532 S Main Street, Madison, VA 22727. Nuestro número de fax es 540 948-2264 or email familymanager@skylinecap.org - Fay**

SKYLINE CAP HEAD START – 532 S Main Street, 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 Birthdate:			Father/legal guardian name–Nombre del padre o guardián legal Birthdate:		
Relationship to child – Relación al Niño ☐ Parents – <i>Padres</i> ☐ Grandparents – <i>Abuelos</i> ☐ Foster parent – <i>Padres de Crianza</i> ☐ Other relative – <i>Otros parientes</i> ☐ Person having legal custody/guardianship – <i>Persona que tiene custodia legal</i>					
Living Status: ☐ I own my home ☐ I rent ☐ Rental Assistance ☐ live with friends/relatives ☐ homeless ☐ Shelter <i>Estado de vida:</i> ☐ 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 Mom: Dad: 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 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? ☐ 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 disponible para llevar a su niño/a a la escuela? (El transporte no es garantizado) ☐ 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	Birthdate - 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, ¿Quién?**

☐ **Child** ☐ **is** ☐ **was in foster care – El niño está/ha
estado con personas adoptivas**

☐ **Medical insurance lacking for household member E/
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**

☐ **Domestic violence (parent to parent, parent to
child, child to child)– Violencia doméstica**

☐ **Parent unable to read/write Críe lectura/escritura incapaz**

☐ **Unstable housing alojamiento inestable**

☐ **Prior or current Head Start** ☐ **VPI** ☐ **Special
Education family member** ☐ **Healthy Families – Un
hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente**

☐ **Overcrowded housing alojamiento superpoblado**

☐ **Moved in with friends/relatives vive con amigos/familiares**

☐ **Recent immigrant/refugee-From**

Inmigrante o refugiado recién – De:

☐ **Moved 2 or more times in the last six months –
Movi6 2 o más tiempos en los últimos seis meses**

☐ **seasonal Migrant worker trabajador migrante estacional**

☐ **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? _____**

**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 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