

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. 273-Tireza), Madison (ext. 272- Sandy), Warren (ext. 271-Amanda), Shenandoah (ext. 272-Monica), and Page (ext. 271—Amanda). La oficina central está situada en Madison, VA (540 948-3916 ext.210-Fay).

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 Butcher**

Policy Council approved:

10/24/25/ApplicationCoverLetterSpanish

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.

<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</p> <p><input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> child support, <input type="checkbox"/> unemployment <input type="checkbox"/> rental assist</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"/> 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"/> Outside agency referral, who?— Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?</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"/> Medical insurance lacking for household member El seguro médico que carece para el miembro de la casa</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"/> 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"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)</p>
<p><input type="checkbox"/> Both parents unemployed—Dos padres desempleados</p>	<p><input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> Substance addiction</p>
<p><input type="checkbox"/> English language learner Inglés como segunda lengua</p>	<p><input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)— Violencia doméstica</p>
<p><input type="checkbox"/> Parent unable to read/write Críe lectura/escritura incapaz</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"/> 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"/> 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"/> Recent immigrant/refugee-From Inmigrante o refugiado recién – De:</p> <p><input type="checkbox"/> seasonal Migrant worker trabajador migrante estacional</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"/> 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><input type="checkbox"/> Other – Otro</p>
<p><input type="checkbox"/> Active Military Militar Activo <input type="checkbox"/> Veteran Veterana</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 _____