

## Skyline CAP Head Start Información para la solicitud de inscripción

**CONSERVE ESTA HOJA DE PRESENTACIÓN PARA FUTURAS CONSULTAS.**

Head Start es un programa integral para el nivel preescolar, es **gratuito**, debido a que se basa en un estudio socioeconómico de las familias. Los niños deben tener cumplidos tres o cuatro años antes del 30 de septiembre del año de inscripción. Se aceptan niños con discapacidades. También tomamos en consideración factores que puedan poner en riesgo a la familia. Skyline CAP, Inc. no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad o discapacidad.

**Nuestro número de teléfono es 540 948-3916.** Atendemos a familias en los condados de **Greene (ext. 273 - Tirez)**, **Madison (ext. 272 - Sandy)**, **Warren (ext. 271 - Amanda)** y **Page (ext. 271 - Amanda)**. Nuestra oficina principal está ubicada en Madison, VA (**540 948-3916 ext. 210 - Fay**).

**INSTRUCCIONES PARA EL PROCESO DE SOLICITUD – Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a cualquiera de los números indicados anteriormente. La elegibilidad se determinará una vez que se reciban todos los documentos requeridos.**

- ✓ **Solicitud adjunta/incluida, completamente llena**
- ✓ **Certificado de nacimiento** (si nació en Virginia, puede obtener un certificado de nacimiento en cualquier Departamento de Salud de Virginia).
- ✓ **Uno de los siguientes documentos:**

**Si recibe asistencia pública o SSI, solo necesitamos lo siguiente:**

- Si recibe TANF o SNAP, necesitamos la carta de aprobación del DSS o una copia de la parte de atrás de la tarjeta EBT firmada.
- Si recibe SSI, necesitamos el documento que indique que está recibiendo SSI.
- **Si el niño está bajo cuidado de crianza temporal, necesitamos un documento de la agencia que tiene la custodia.**
- **Si está criando al hijo de otra persona (pero el niño NO está bajo cuidado de crianza temporal), debe completar un formulario de cuidado de parentesco, disponible a solicitud.**
- **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 solicitud.**
- **Si no tiene hogar (esto incluye si tuvo que mudarse con amigos/familiares), debe completar una encuesta sobre su situación de vivienda, disponible a solicitud. Y todos los habitantes de la casa o habitación necesitan presentar comprobante de ingresos totales del hogar para el programa Head Start:**
- Envíe COPIAS de los siguientes documentos:
  - Formularios W-2 o declaración de impuestos del año anterior o
  - Recibos de pago del último mes o
  - Carta de su empleador con información sobre sus ingresos o

Si recibe alguno de los siguientes ingresos, también necesitamos la verificación correspondiente:

- \* Beneficios por discapacidad del Seguro Social (carta de concesión)
- \* Manutención de menores (carta de concesión o copia de los cheques)
- \* Beneficios para veteranos \* Seguro Social
- \* Seguro de desempleo \* Compensación laboral

*Una vez recibida la información solicitada, se le notificará sobre el estado de la solicitud de su hijo/a en el programa. Este proceso puede tardar hasta 30 días y, en ocasiones, incluso más. Presentar esta solicitud no garantiza la inscripción o aceptación del niño/a en el programa.*

*Si su hijo/a es seleccionado/a para el programa, los documentos requeridos incluirán un registro de vacunación actualizado y firmado, un examen físico reciente (realizado en el último año) y un examen dental (realizado en los últimos seis meses).*

*Si su dirección o número de teléfono cambian mientras espera nuestra respuesta, por favor, háganos saber de inmediato. Envíe su solicitud a nuestra oficina administrativa **Skyline CAP Head Start, 532 S Main Street, Madison VA 22727** o a su representante familiar local. **Nuestro número de fax es 540 948-2264 o puede contactarnos por correo electrónico a [familymanager@skylinecap.org](mailto:familymanager@skylinecap.org) – Fay Butcher.***



Please list everyone in the house (include parents and children)-Por favor enliste todos los miembros que viven en casa (incluya padres e hijos)

Name and relationship – Nombre y parentesco	Birthdate - Fecha de Nacimiento	F/M	Where do you work? ¿Dónde trabaja?	Employer tel # Número de teléfono del 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 la seleccion 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"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> child support, <input type="checkbox"/> unemployment	<input type="checkbox"/> Significant behavior <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> special dietary needs, <input type="checkbox"/> on prescription medications Conducta del comportamiento, el peso bajo en el nacimiento, o las necesidades nutricionales y medicamentos con receta
	<input type="checkbox"/> Single parent, <input type="checkbox"/> incarcerated parent, or <input type="checkbox"/> parent loss by death—Padre soltero, encarcelado o fallecido
<input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?— Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> was in foster care – El niño está o ha estado con personas de cuidado
<input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member El seguro médico que carece para el miembro de la casa	<input type="checkbox"/> Prior or current CPS (Child Protective Service) involved (Servicios de Protección Infantil) que participan <input type="checkbox"/>
<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"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)
<input type="checkbox"/> Both parents unemployed—Dos padres desempleados	<input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> Substance addiction
<input type="checkbox"/> English language learner Inglés como segunda lengua	<input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)— Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Parent unable to read/write Padres analfabetos(sin escolaridad)	<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
<input type="checkbox"/> Unstable housing vivienda inestable <input type="checkbox"/> Overcrowded housing vivienda sobrepoblada <input type="checkbox"/> Moved in with friends/relatives vive con amigos o familiares	<input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months – Se a movido 2 o más veces en los últimos seis meses
<input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From Inmigrante o refugiado reciente – De que país: <input type="checkbox"/> seasonal Migrant worker trabajador migrante temporal	<input type="checkbox"/> 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"/> 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? ¿ Cual? _____	<input type="checkbox"/> Other – Otro
<input type="checkbox"/> Active Military Militar Activo <input type="checkbox"/> Veteran Veterano	(This section is merged into the previous row in the original image)

Mail, FAX 540 948-2264 or email this application to: [familymanager@skylinecap.org](mailto: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 la inscripción 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 certifico que los documentos y la información que he proporcionado tienen elegibilidad son exactos al mejor de mi conocimiento.

If you check this block you DO NOT want information shared with other preschool programs. Si marca el cuadro significa que NO autoriza que su información sea compartida con otras instituciones para preescolares.

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

Signature – Firma \_\_\_\_\_

Date – Fecha \_\_\_\_\_