

Aplicación de Educación Infantil del Valle de Shenandoah

Los condados de Augusta, Bath, Highland, Rockingham, y las ciudades de Harrisonburg, Staunton, y Waynesboro
Colocaciones proporcionadas a través de "Early Childhood Special Education", "Early Head Start", "Head Start", "Local", y "Virginia Preschool Initiative".

General

Nombre de niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **# de Seguro Social:** _____

Nombre(s) Apellido(s)

Dirección: _____
Calle/camino Ciudad Estado Código postal

Si su dirección postal es diferente de donde vive, escríbalo aquí:

Marque el tipo de verificación de residencia incluida con la aplicación: factura/cuenta de servicio talón de cheque con dirección documento de impuesto

Distrito de escuela primaria: _____

Números de contacto:

Nombre de Contacto:

Teléfono principal #:		<input type="checkbox"/> cel	<input type="checkbox"/> trabajo	<input type="checkbox"/> casa
Otro teléfono #:		<input type="checkbox"/> cel	<input type="checkbox"/> trabajo	<input type="checkbox"/> casa
Contacto de emergencia #:		<input type="checkbox"/> cel	<input type="checkbox"/> trabajo	<input type="checkbox"/> casa

Perfil de hogar:

En las casillas abajo, liste TODOS los miembros de su familia viviendo en el hogar:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Indique la relación que el adulto tiene al niño:	Marque condición de empleado:	Mayor nivel escolar realizado
Adulto principal (cuidador): Tiene custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Si respondió no, explique cómo llegó a cuidar el/a niño/a: _____		<input type="checkbox"/> padre/madre biológico/a <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra, casado/a <input type="checkbox"/> pareja de padre no casado/a <input type="checkbox"/> padre de acogida o adoptivo <input type="checkbox"/> guardián legal <input type="checkbox"/> guardián no oficial	<input type="checkbox"/> t. completo (35hrs o más por sem.) <input type="checkbox"/> t. parcial (menos que 35 hrs por sem.) <input type="checkbox"/> jubilado/a o discapacitado/a <input type="checkbox"/> entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> trabaja por estación/temporada	
Adulto secundario (cuidador): Tiene custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Si respondió no, explique cómo llegó a cuidar el/a niño/a: _____		<input type="checkbox"/> padre/madre biológico/a <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra, casado/a <input type="checkbox"/> pareja de padre no casado/a <input type="checkbox"/> padre de acogida o adoptivo <input type="checkbox"/> guardián legal <input type="checkbox"/> guardián no oficial	<input type="checkbox"/> t. completo (35hrs. o más por sem.) <input type="checkbox"/> t. parcial (menos que 35 hrs por sem.) <input type="checkbox"/> jubilado/a o discapacitado/a <input type="checkbox"/> entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> trabaja por estación/temporada	

Hermanos u otros viviendo en el hogar

Fecha de Nacimiento

Demografía del niño/a que está aplicando

Nombre:	
Relación al solicitante:	
Nombre:	
Relación al solicitante:	
Nombre:	
Relación al solicitante:	
Nombre:	
Relación al solicitante:	

Sexo de niño: Hombre Mujer
Primer idioma de niño/a: Inglés Español Otro: _____
Idioma que el/la cuidador/a principal prefiere para comunicación de la escuela:
 Inglés Español Otro: _____
Raza de niño/a:
 ___ Asiático ___ Negro ___ de las islas pacíficas ___ Blanco ___ Otro
 ___ Bi or Multi-Racial ___ "American Indian"/nativo de Alaska
Etnicidad de niño/a:
 Hispano/a ___ si ___ no

COBERTURA DE SALUD

Principal cobertura de salud:

___ FAMIS ___ Medicaid ___ Seguro de salud privado ___ Otro

Número de seguro: _____ **Número de Medicaid:** _____ **NO TIENE SEGURO**
Nombre de doctor: _____ **Nombre de dentista:** _____

**Se solicita documentación de ingresos para la consideración de los servicios. (Toda la información es confidencial.)
Incluya TODAS las fuentes de ingreso para la familia.**

Nombre de padre/guardián legal que recibe el ingreso	Lugar de empleo/fuente de ingreso	¿Con que frecuencia recibe el ingreso?	¿Sueldo bruto? (antes de impuestos)
		<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> por año <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> trimestralmente	
		<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> por año <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> trimestralmente	

Marque todos los documentos que la familia provee y ADJUNTAR a esta aplicación:

___ Forma de impuesto 1040 ___ W-2 ___ Reciente talón de pago ___ Documentos de manutención del niño/a ("Child Support")
 ___ Carta de empleador ___ Carta de discapacidad/seguro social ___ Carta de adjudicación de TANF ___ Carta de adjudicación de "SSI"
 ___ Otro ___ Carta de declaración de "0" ingreso ___ Otro documentación de ingreso

Solo para uso de oficina _____

Firma de Verificación _____

Factores de niño o familia: Este programa se basa en necesidades, entonces, por favor, marque todos los factores que apliquen. Las asignaciones a la lista de espera y gran parte de los cupos asignados al programa están determinados por el número de factores familiares marcados.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padres de niño/a no están casados | <input type="checkbox"/> Padre (s) no terminó la escuela secundaria (en EEUU o país nativo) |
| <input type="checkbox"/> Padres de niño/a están divorciados/separados | <input type="checkbox"/> Padre (s) tiene habilidades limitadas de lectura en su lengua materna |
| <input type="checkbox"/> Niño/a no tiene contacto con uno/ambos padres | <input type="checkbox"/> Padre (s) tiene competencia lingüística limitada en inglés |
| <input type="checkbox"/> Niño/a no vive con su padres | <input type="checkbox"/> Niño/a tiene competencia lingüística limitada en inglés |
| <input type="checkbox"/> Niño/a o hermanos ha(n) sido quitado(s) del hogar | <input type="checkbox"/> Padres tiene un historial de abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Niño/a está/estuvo en hogares de guarda | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Uno de los padres del niño está difunto | <input type="checkbox"/> Niño/a ha sido abusado (físicamente, sexualmente, o emocionalmente) |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre encarcelado | <input type="checkbox"/> Niño/a o familia está en terapia/ consejería |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre ausente del hogar: trabaja en otro pueblo, hospitalización al largo plazo o servicio militar | <input type="checkbox"/> Padre(s) adolescente(s) (menos de 20 años al nacimiento del niño/a) |
| <input type="checkbox"/> Ambos padres/guardián del niño/a están desempleado | <input type="checkbox"/> Niño/a pesaba menos de 5 libras al nacer |
| <input type="checkbox"/> Se ha cambiado de domicilio más de 2 veces en el año | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas) |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones por situación de vivienda: demasiada gente en la casa, la casa necesita reparaciones, falta de calefacción, etc. | <input type="checkbox"/> Niño/a discapacitado/a |
| <input type="checkbox"/> Familia sin hogar (falta de residencia permanente) | <input type="checkbox"/> Hermano(s) discapacitado(s) |
| <input type="checkbox"/> Familia tiene necesidades nutricionales | <input type="checkbox"/> Padre(s) discapacitado(s) |
| <input type="checkbox"/> Hogar no tiene nadie con licencia de conducir | <input type="checkbox"/> Niño/a no tiene seguro medico |
| <input type="checkbox"/> Familia recibe WIC | <input type="checkbox"/> Padre(s) tiene un enfermedad crónica o de larga duración |
| <input type="checkbox"/> Niño/a no tiene otros servicios preescolares disponibles. | <input type="checkbox"/> Niño/a no tiene un pediatra regular o un/a dentista |
| Explique porque: _____ | <input type="checkbox"/> Niño/a tiene condición médica. Por favor, liste la condición: _____ |

¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo en las siguientes áreas? Por favor marque todo lo que aplica a su niño/a.

Bajo peso Sobrepeso Hábitos de sueño Hábitos de comer Interacciones sociales

¿Este niño/a ha sido referido o evaluado por el sistema escolar u otra organización de educación diferencial/especial, terapia de lenguaje, educación infantil o servicios preescolares? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ Resultado: _____

¿Él/ella tiene un "IEP" (un programa educativo individualizado) o actualmente recibe servicios por la diagnosis mencionado arriba? _____

¿Actualmente, tiene preocupaciones por la salud, el desarrollo o el comportamiento de su niño/a? Sí No

Si respondió sí, cuáles son sus preocupaciones? : _____

¿Actualmente, su Niño/a está inscrito en u servicio de guardería infantil o servicio preescolar? Si No Si respondió si, por favor, escriba el nombre del guardería infantil o preescolar/"preschool" _____

¿Su familia recibe...?: (Rodee) **SNAP WIC Medicaid Un subsidio o ayuda para el cuidado del niño/a**

Nombre de trabajador/a de caso: _____

____ Doy permiso a "Shenandoah Valley Early Childhood Education Programs" y el Departamento de Servicios Sociales local a intercambiar información personal sobre servicios para mi niño/a y mi familia. **Firma** _____

____ NO CONSIENTO al intercambio de información entre el "Shenandoah Valley Early Childhood Education Program" y el Departamento de Servicios Sociales local.

Confirmación

Certifico que, según mi conocimiento, la información incluida en esta solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que si cualquier parte de esta información cambia o si se descubre que es incorrecta, estoy obligado/a notificar a la agencia de inmediato. Entiendo que falsificar información como ingreso familiar, número de hijos, número de miembros del hogar o relación puede resultar en el rechazo de esta aplicación.

La ley federal prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad.

Nombre de padre/ guardián (escriba) _____

Firma de padre/ guardián _____ **Fecha** _____

Devuelva Aplicación y los documentos requeridos a:

Shenandoah Valley Head Start/Early Head Start

Attn: ERSEA Specialist

59 John Lewis Rd. Suite 101

Fishersville, VA 22939

Phone: 540-245-5162 ext.109 Fax: 540-245-5064

SVHS/EHS Office Use Only:

<input type="checkbox"/> A-1	<input type="checkbox"/> BB	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> A-2	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> EE
<input type="checkbox"/> A-3	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> H
<input type="checkbox"/> CW		<input type="checkbox"/> HB
<input type="checkbox"/> LL		<input type="checkbox"/> WH

Staff signature _____

Face-to-face Phone:reason _____