

Aplicación de Educación Infantil del Valle de Shenandoah 2019-2020

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:** _____
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

Sexo de niño: Hombre Mujer **Primer idioma de niño:** Inglés Español Otro: _____

Raza de niño: Asiático Negro Isleño del pacífico Blanco Bi-racial American Indian/nativo de Alaska Otro

Etnicidad de niño: Hispano Si No

Idioma que el cuidador principal prefiere para comunicación de la escuela: Inglés Español Otro: _____

Distrito de escuela primaria: _____

Padre/Guardián: _____ **Principal #:** _____ **Otro #:** _____

Padre/Guardián: _____ **Principal #:** _____ **Otro #:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Principal #:** _____ **Otro #:** _____

Correo electrónico: _____ **Permiso para enviar mensajes de texto:** Si No

Perfil del hogar:

Liste TODOS los miembro del hogar	Fecha de nacimiento	La relación al niño:	Condición de empleado:	Educación
Adulto principal: Tiene custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Si respondió no, explique cómo llegó a cuidar el niño: _____		<input type="checkbox"/> padre biológico <input type="checkbox"/> padrastro, casado <input type="checkbox"/> pareja de padre no casado <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 por sem.) <input type="checkbox"/> t. parcial (< 35hrs por sem.) <input type="checkbox"/> jubilado o discapacitado <input type="checkbox"/> entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> trabaja por estación	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Cert de Entmto Ava <input type="checkbox"/> Alguna Univ o Entmto <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> No Se Graduó <input type="checkbox"/> Otro: _____
Adulto secundario: Tiene custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Si respondió no, explique cómo llegó a cuidar el niño: _____		<input type="checkbox"/> padre biológico <input type="checkbox"/> padrastro, casado <input type="checkbox"/> pareja de padre no casado <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 por sem.) <input type="checkbox"/> t. parcial (<35 hrs por sem.) <input type="checkbox"/> jubilado o discapacitado <input type="checkbox"/> entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> trabaja por estación	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Cert de Entmto Ava <input type="checkbox"/> Alguna Univ o Entmto <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> No Se Graduó <input type="checkbox"/> Otro: _____

Hermanos o otros viviendo en el hogar **Fecha de nacimiento**

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

Cobertura de Salud

Principal cobertura de salud:

FAMIS Medicaid Seguro de salud privado Otro: _____
 No tiene seguro

Proveedor de seguro o Medicaid: _____

Número de seguro o Medicaid: _____

Nombre de doctor: _____

Nombre de dentista: _____

Documentación de Ingresos

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

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"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> trimestralmente <input type="checkbox"/> por año	
		<input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> trimestralmente <input type="checkbox"/> por año	

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 ("Child Support")
 Carta de empleador Carta de discapacidad/seguro social Carta de adjudicación de TANF Carta de adjudicación de "SSI"
 Carta de declaración de "0" ingreso Otro documentación de ingreso _____

Solo para uso de oficina _____ Firma de Verificación/Fecha

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"/> Familia monoparental
<input type="checkbox"/> Padres de niño están divorciados/separados
<input type="checkbox"/> Niño no tiene contacto con uno/ambos padres
<input type="checkbox"/> Niño no vive con sus padres
<input type="checkbox"/> Niño o hermanos ha(n) sido quitado(s) del hogar
<input type="checkbox"/> Niño está/estuvo en hogares de guarda
<input type="checkbox"/> Acuerdo de desviación, plan de seguridad, o cuida de parentesco para el niño
<input type="checkbox"/> Uno de los padres del niño está difunto
<input type="checkbox"/> Padre(s) o otro miembro del hogar encarcelado
<input type="checkbox"/> Padre(s) ausente del hogar: trabaja en otro pueblo, hospitalización al largo plazo o servicio militar
<input type="checkbox"/> Ambos padres/guardián del niño están desempleados
<input type="checkbox"/> Se ha cambiado de domicilio más de 2 veces en el año
<input type="checkbox"/> Preocupaciones por situación de vivienda: demasiada gente en la casa, la casa necesita reparaciones, falta de calefacción, etc.
<input type="checkbox"/> Familia vive en una vivienda temporal
<input type="checkbox"/> Familia tiene necesidades nutricionales
<input type="checkbox"/> Hogar no tiene nadie con licencia de conducir
<input type="checkbox"/> Familia recibe WIC
<input type="checkbox"/> Familia recibe SNAP
<input type="checkbox"/> Niño no tiene otros servicios preescolares disponibles.
Explique: _____ | <input type="checkbox"/> Padre(s) no terminó la escuela secundaria (en EEUU o país nativo)
<input type="checkbox"/> Padre(s) tiene habilidades limitadas de lectura en su lengua materna
<input type="checkbox"/> Padre(s) tiene dominio limitado del inglés
<input type="checkbox"/> Niño tiene dominio limitado del inglés
<input type="checkbox"/> Padre(s) tiene un historia de abuso de drogas
<input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar
<input type="checkbox"/> Se ha establecido una orden de protección para este niño
<input type="checkbox"/> Niño ha sido abusado (físicamente, sexualmente, o emocionalmente)
<input type="checkbox"/> Niño o familia está en terapia/consejería
<input type="checkbox"/> Miembro del hogar diagnosticado con depresión o otra Enfermedad mental.
<input type="checkbox"/> Padre(s) adolescente(s) (< 20 años al nacimiento del niño)
<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas)
<input type="checkbox"/> Niño pesaba menos de 5 libras al nacer
<input type="checkbox"/> Niño discapacitado
<input type="checkbox"/> Hermano(s) discapacitado(s)
<input type="checkbox"/> Padre(s) discapacitado(s)
<input type="checkbox"/> Niño no tiene seguro medico
<input type="checkbox"/> Niño no tiene un pediatra regular o un dentista
<input type="checkbox"/> Padre(s) tiene una enfermedad crónica o de larga duración
<input type="checkbox"/> Niño tiene condición médica. Por favor, liste la condición:

_____ |
|--|--|

¿Está su niño inscrito en un servicio de guardería infantil o servicio preescolar? Si No Si, donde: _____

¿Su familia recibe un subsidio o ayuda para el cuidado del niño? Si No

¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo en las siguientes áreas?

Peso Hábitos de sueño Hábitos de comer Salud Desarrollo Comportamiento Interacciones sociales Su habla

¿Si respondió si, cuáles son sus preocupaciones? _____

¿Este niño ha sido referido o evaluado por el sistema escolar o otra organización de educación especial, servicios de habla, educación infantil o servicios preescolares? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ Resultado: _____

¿Tiene un IFSP, un IEP, o está recibiendo servicios actualmente? Si No

Doy permiso para que (Shenandoah Valley Early Childhood Education Programs, Departamento de servicios sociales, Infant Toddler Connection, y otros programas de intervención temprana _____) intercambien información personal con respecto a los servicios que mi niño y familia reciben hasta que mi hijo abandone el programa.

Firma: _____

Nombre de trabajadora del caso / Organización: _____

NO CONSIENTO al intercambio de información entre cualquiera de las anteriores que se han tachado.

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 Manager
 939A Fir Street
 Waynesboro, VA 22980
 Phone: 540-942-7111 ext. 110 Fax: 540-943-6208

SVHS/EHS Office Use Only:

__AC	__DE	__HB
__HES	__EE	__EHS-WH
__MES	__RCPS	__EHS-WL
__VES	__MES	

Staff signature _____ Date _____
 ___Face-to-face ___Phone: reason _____