



Querido Padre o Guardián:

Gracias por su interés en (inserte nombre de comunidad/jurisdicción aquí) Cuidados Tempranos y Oportunidades Educativas. Adjunto encontrará el formulario de solicitud solicitada para todos los programas que sirven a niños desde el nacimiento hasta los 5 años. El completar esta solicitud autoriza una liberación de información para los programas que usted solicite o para los cuales usted es considerado como elegible.

Si su niño califica y es aceptado en el Programa Head Start, usted será notificado de inmediato.

Cada año, el financiamiento para el Programa de Iniciativa de Preescolar en Virginia es determinado por el Presupuesto Legislativo Estatal. Si está aplicando para matricularse en una preescolar de una escuela pública, cuando la división escolar haya sido notificada del financiamiento, todas las aplicaciones recibidas hasta esa fecha serán procesadas y todas las familias serán informadas del estatus de su solicitud.

Si su primera elección no está disponible, usted puede ser referido a recibir servicios prescolares a través de otro programa dentro de (la comunidad/jurisdicción identificada).

DIRECCIONES:

- Página 1:**
- Por favor díganos sobre su hijo. ***Ninguna parte de esta sección puede quedar en blanco.***
 - Por favor díganos sobre el Padre/Guardián. Solo los padres y guardianes legales pueden solicitar oportunidades de cuidado temprano y de educación financiadas públicamente. Muchos proveedores privados también aceptarán aplicaciones solo del padre o guardián.
- Página 2:**
- Si usted está aplicando para oportunidades de cuidado temprano y educativas gratuitas o reducidas, usted debe llenar la sección de Ingreso Familiar por completo y se requerirá de documentación para verificar. *Si está solicitando un sitio específico para cuidado temprano y educación, y no busca asistencia para costos, puede saltar la sección de Ingreso Familiar.*
- Página 3:**
- Por favor háganos más de su familia para que podamos proveer mejor información y recursos que necesite. *Si está solicitando oportunidades de cuidado temprano y educativas gratuitas o reducidas, debe completar la sección Adicional de Información del Aplicante/Familiar para ayudarnos a entender mejor las necesidades de su hijo y familiar.*
 - Por favor díganos más sobre el tipo de cuidado y educación que usted busca para su hijo para asegurarnos de cumplir con las necesidades de su hijo y su familia.

Si usted quiere más información sobre los proveedores de cuidado temprano y educativos en su área, por favor visite VAQuality.org o ChildcareVA.com donde usted puede buscar información dentro de su ciudad o condado. Para procesar la solicitud, usted debe proveer información para todas las preguntas hechas. No contestar todas las preguntas pueden causar un retraso al determinar el estatus de su familia para el programa. El programa de cuidado temprano y educación al cual es aceptado puede tener documentación adicional que será necesaria que se complete al momento de inscribirse.

Esta solicitud puede completarse en línea. Los documentos adicionales pueden subirse en línea para su verificación. Si completa el formulario en papel, la solicitud y los documentos de apoyo pueden ser enviados por correo electrónico, correo, entregado o enviado por fax al:

Smart2Start
United Way of Roanoke Valley
325 Campbell Ave SW
Roanoke, Va 24016
FAX: (540) 344-4304

Si usted tiene preguntas, llame al: (540) 283-2785 o envíe un correo electrónico a: Smart2Start@uwrva.org. Gracias por la oportunidad de asistirle en encontrar una solución de alta calidad de cuidado temprano y educación para su hijo.

Información del Solicitante y de la Familia

Solicitante							
Nombre	Segundo N.	Apellidos	Sufijo	Apodo	F. de Nacimiento	Sexo	ID Alt
Raza		Hispanica		Manejo del Inglés		Otro Idioma	Manejo del Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Competente	
Cobertura Primaria de Salud		Otra Cobertura	# de Seguro	Elegibilidad Medicaid		# de Medicaid	Doctor / Casa Médica
				<input type="checkbox"/> No Elegible			
				<input type="checkbox"/> Con Medicaid			
				<input type="checkbox"/> Potencialmente			
Cobertura Dental		# de Cobertura Dental				Dentista / Casa Dental	

Adulto Primario							
Primer Nombre	Segundo N.	Apellidos	Sufijo	Apodo	F. de Nacimiento	Sexo	ID Alt.
Raza		Hispanica		Manejo del Inglés		Otro Idioma	Manejo del Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Competente	
Nivel Educativo Más Alto		Estado de Empleo		Relación con el Niño		Custodia	Marque los que apliquen
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> 10mo Grado	<input type="checkbox"/> Tiempo Com.	<input type="checkbox"/> T. Comp. & Entren.	<input type="checkbox"/> Biológica/Adop./Hijastro		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> 11vo Grado	<input type="checkbox"/> Medio Tiem.	<input type="checkbox"/> Med. Tiemp. & Entren	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Univ. / Entren.	<input type="checkbox"/> 12vo Grado	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Entren. O Escuela	<input type="checkbox"/> Otro Pariente			<input type="checkbox"/> Padre Adolescente
<input type="checkbox"/> Univ Entren. Av.	<input type="checkbox"/> < 9no Grado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado o Discapac.	<input type="checkbox"/> Bajo Cuidado			Si padre adolescente, ¿tiene subsidio?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Grad. De Sec			<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría						
Dirección de Correo Electrónico							

Adulto Secundario u Otro							
Primer Nombre	Segundo N.	Apellidos	Sufijo	Apodo	F. de Nacimiento	Sexo	ID Alt.
Raza		Hispanica		Manejo del Inglés		Otro Idioma	Manejo del Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Competente	
Nivel Educativo Más Alto		Estado de Empleo		Relación con el Niño		Custodia	Marque los que apliquen
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> 10mo Grado	<input type="checkbox"/> Tiempo Com.	<input type="checkbox"/> T. Comp. & Entren.	<input type="checkbox"/> Biológica/Adop./Hijastro		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> 11vo Grado	<input type="checkbox"/> Medio Tiem.	<input type="checkbox"/> Med. Tiemp. & Entren	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Univ. / Entren.	<input type="checkbox"/> 12vo Grado	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Entren. O Escuela	<input type="checkbox"/> Otro Pariente			<input type="checkbox"/> Padre Adolescente
<input type="checkbox"/> Univ Entren. Av.	<input type="checkbox"/> < 9no Grado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado o Discapac.	<input type="checkbox"/> Bajo Cuidado			Si padre adolescente, ¿tiene subsidio?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Grad. De Sec			<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría						
Dirección de Correo Electrónico							

Hijo Adicional (No Aplicante) *							
Primer N.	Segundo N.	Apellidos	Sufijo	Apodo	Fecha de Nac.	Sexo	
Raza		Hispanica		Manejo del Inglés		Otro Idioma	Manejo del Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Competente	

Hijo Adicional (No Aplicante) *							
Primer N.	Segundo N.	Apellidos	Sufijo	Apodo	Fecha de Nac.	Sexo	
Raza		Hispanica		Manejo del Inglés		Otro Idioma	Manejo del Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poco			<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Competente	

* Si una familia tiene más de un hijo aplicando al servicio, complete una copia separada de este formulario para cada solicitante.

Información Familiar, Ingresos y Contactos

Información Familiar							
Dirección Familiar							
Fecha de Inicio de Vivienda	Dirección de Vivienda	Línea de Dir. 2	ZIP	Ciudad	Estado	Condado	
Dirección de Correo Familiar							
¿Misma que Residencia?	Fecha Inicial De Uso	Dirección De Correo	Línea de Dirección 2	ZIP	Ciudad	Estado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Números de Teléfono		Tipo (Marque uno)		Nota (extensión o mejor hora para llamar)		Optar por Mensajes de Texto	
		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado Paternal (marque uno)	Idioma Primario en el Hogar	Familia sin Hogar	Militar Activo	Veterano Militar	Referido por Agencia de Bienestar Infantil	SNAP Recibido	WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ingreso Familiar							
Ingreso Verificado por			Fecha de Verificación		Estatus TANF		SSI
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente en TANF / No Ahora		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro Familiar	Monto	Cada (ejemplo: semana, mes, año)	Monto Anual	Descripción (ejemplo: SSI, Trabajo, Manutención)	Verificación (por ejemplo: W2, revise talonario)	Nota	
	\$		\$				
	\$		\$				
	\$		\$				
Notas sobre Ingresos							

Contactos de Emergencia								
Contacto 1	Nombre		Relación		Contacto de Emergencia		Liberar a	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		ZIP		Ciudad		Estado	
Contacto 2	Nombre		Relación		Contacto de Emergencia		Liberar a	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		ZIP		Ciudad		Estado	
Contacto 3	Nombre		Relación		Contacto de Emergencia		Liberar a	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		ZIP		Ciudad		Estado	

Nacimiento – 5 Solicitud Cuidado Infantil / Prescolar

Información Adicional del Solicitante / Familia

Año del Programa _____

Fecha Preferida de Inicio _____

Marque todas las que apliquen

SI / NO

/ El niño ha sido diagnosticado con una Incapacidad. Si es así, ¿cuál es el diagnóstico? _____

/ ¿El niño tiene una IEP / IFSP? Si es así, ¿cuáles son los soportes educativos y de desarrollo indicados? _____

/ ¿El niño tiene una alergia? _____ Medicamento _____

/ El niño tiene una incapacidad / impedimento físico _____

/ El niño tiene un proveedor de Seguro de salud _____ Póliza/ Caso# _____

/ El niño nació prematuramente / embarazo de alto riesgo. Si es prematuro, ¿semanas de embarazo? _____

/ El niño está entrenado para ir al baño (este no es un requisito)

/ El niño estuvo en cuidado adoptivo u orfanato

/ ¿Su niño recibe algún servicio? (Ejemplos: oratoria, asesoramiento, ocupacional, etc.) Si es sí, por favor describa: _____

/ Enfermedad crónica o terminal en la familia

/ El niño tiene un padre que ha fallecido

/ El niño tiene un padre que ha sido encarcelado

/ El niño o familia están en terapia

/ El Padre / Guardián no completaron la escuela

/ Padre o familia que experimentan abuso de sustancias

/ El niño, padre, o familia experimentan violencia doméstica

/ ¿Su niño requiere de transporte a y de la preescolar / cuidado infantil?

¿Existe algo más que le gustaría que nosotros supiéramos sobre su hijo y/o familia? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo?

¿Tiene alguna preocupación sobre la conducta de su hijo?

Por favor suministre tanta información como sea posible sobre el programa de selección para poder cumplir con las necesidades de su familia.

Selección del Programa

Debido a los espacios limitados en todos los programas, por favor evalúe en su orden el programa que mejor se adapte a sus necesidades, con el 1 siendo su elección principal.

____ Servicios de Medio Tiempo (3 – 5 horas durante el año escolar) _____

____ Servicios de Día Escolar (horas y días en escuelas públicas) _____

____ Servicios de Día Completo (más de 5 horas al día) _____

____ Horas No Tradicionales (Tardes o Fines de Semana) _____

____ Sitio Específico _____

Si se determina que no es elegible o no es aceptado al programa de su elección, ¿está dispuesto a aprender sobre otras opciones de programa disponibles?

Sí No

Por favor visite VAQuality.org o ChildcareVA.com para información adicional sobre proveedores en su ciudad o condado.

* Certificado de Nacimiento o Carta de Nacimiento requerida para determinar su elegibilidad para Head Start.

* Comprobante de domicilio es requerido para su elegibilidad a opciones de programas de escuelas públicas.

* La verificación de ingresos será requerida si usted está solicitando para la opción de programa gratuito o reducido.

* Los siguientes documentos son requeridos al momento de la matrícula. Si no es capaz de proveer estos documentos, esto puede restringir su oportunidad de matricularse al programa de su elección.

Certificado De Nac. Físico Actual Registro Actual de Inmunizaciones Prueba de Domicilio Ingreso

Se aceptan solicitudes todo el año. La revisión inicial para la colocación es entre febrero y mayo para el año escolar 2020-21. Las visitas educativas en casa son parte de algunos programas. La información será manejada confidencialmente. Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas. Asegúrese de completar este formulario por completo.

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todo ingreso es reportado (si se presenta). Yo entiendo que, si cualquier información cambia, yo estoy obligado a notificar el programa inmediatamente. Yo entiendo que el programa/la escuela recibirá fondos estatales basado en la información que dé. Entiendo que la mala representación intencional de cualquier información puede descalificar a mi hijo de ser considerado en el programa. Yo entiendo que esta solicitud cumplirá con las necesidades de mi familia a través de proveedores públicos y/o privados disponibles en base a mi elegibilidad, apoyará a mi familia en asegurar el servicio de cuidado infantil / preescolar para mi hijo. Toda mi información familiar y de mis hijos serán manejadas respetuosa y confidencialmente.

Firma de padre / guardián: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

* Se requiere de documentación

Elegibilidad del Solicitante & Información de Inscripción

Elegibilidad			
Término del Programa	Agencia	Estado Inicial	Fecha de Estatus
		<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> En Lista de Espera	
Liberaciones Firmadas	Fecha Firmada	El niño se moverá a	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Prioridad de Preferencia de Ubicación	Sitio	Aula de Clases	Financiamiento
1ero			
2ndo			
3ero			
Notas de Inscripción			
Fecha de Solicitud	Estatus de Aplicación	Número de Solicitud	Año de Participación
	<input type="checkbox"/> Completado & Verificado <input type="checkbox"/> Incompleto, información no retornada <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Otro – especifique en las notas		
Fecha de Elegibilidad	Número en la Fam.	Elegibilidad de Ingreso	
Fecha CACFP	Ingreso CACFP	Cada (ejemplo: por año, mes, otro)	Estatus CACFP
			<input type="checkbox"/> Gratuito (Reembolso completo) <input type="checkbox"/> Pagado (reembolso mínimo) <input type="checkbox"/> Precio Reducido (reembolso reducido)
El Niño es elegible de participar en el programa	Tipo de Entrevista de Elegibilidad	Estado de Ingresos	Documentación usada para determinar la elegibilidad
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Sobre Ingresos <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Elegible (Debajo de 100%) <input type="checkbox"/> Hijo Adoptivo <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Form. De Imp. Sobre Renta 1040 <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Documentación TANF <input type="checkbox"/> Talonarios de pago o sobres de pago <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Declaración escrita de patrono <input type="checkbox"/> Reembolso por cuidado adoptivo <input type="checkbox"/> Documentación SSI <input type="checkbox"/> Otro
Documentación por No Ingresos			

Criterio de Elegibilidad

Para preparar los criterios de elegibilidad del programa en este formulario: Escriba o imprima cada una de las preguntas de la elegibilidad del programa en los espacios a continuación. Luego, por cada pregunta, anote respuestas posibles (en conjunto con sus valores en puntos correspondientes).

Para completar este formulario: Encierre la respuesta de la solicitud e imprima el número de puntos de elegibilidad en la columna de puntos. Hemos incluido un ejemplo para ayudarle a iniciar.

¿Incapacidad?	Diagnosticada (50 pts), Sospechada (25 pts), Ninguna (0 pts.)	25
---------------	---	----

Pregunta de Elegibilidad	Respuestas Posibles	Puntos