



**SKYLINE CAP HEAD START – P. O. BOX 588, MADISON, VA 22727
APPLICATION - APLICACION**

Name of child – Nombre del Niño Male – Niño Female- Niña	Birth date–Fecha de Nacimiento	Household Income (gross) – Ingresos \$ _____/month or \$ _____/year
	Birthplace: Lugar de Nacimiento	
	Race-Raza:	
Mother’s or legal guardian name – Nombre de la madre o guardián legal		Father’s or legal guardian name – Nombre del padre o guardián legal
Relationship to child – Relación al Niño <input type="checkbox"/> Parents – Padres <input type="checkbox"/> Grandparents – Abuelos <input type="checkbox"/> Foster parent – Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Other relative – Otros parientes <input type="checkbox"/> Person having legal custody/guardianship – Persona que tiene custodia legal		
Email address Dirección de correo electrónico		
Mailing Address-Dirección de Correo City, State, Zip-Ciudad, Estado y Código Postal		Street Address-Dirección Actual City, State, Zip -Ciudad, Estado y Código Postal
Directions to your home – Describa como llegar a su casa		
How many years have you lived in this County? ¿Cuántos años ha vivido usted en este Condado?		
Home Phone # - Número de teléfono en casa Day Time #Numero del día? Cell #	If no phone -Message phone, name & # - Si no hay teléfono - Número de teléfono para recados, y nombre	Does child have any allergies?- ¿Tiene su hijo/a alergias? If so, explain: - Si así, explique:
Primary language spoken in the home–Idioma principal que se habla en casa	What language does the child speak at home? ¿Qué idioma habla su hijo/a en casa?	How well does the child speak English?- ¿Cómo habla su hijo/a el inglés? Well-Bien Not well-No muy bien none-Nada
Do you have a friend or family member who can translate if needed? ¿Usted tiene un amigo o a un miembro de la familia que sabe cómo hablar ambos idiomas si necesitó? Name and telephone number, if so: Nombre y teléfono, si tan:		
Please indicate any of the following services your child is receiving – Por favor indique los servicios que su niño/a está recibiendo. <input type="checkbox"/> Occupational Therapy/Physical Therapy–Terapia Ocupacional/Terapia Física <input type="checkbox"/> Speech/Language – Habla?Idioma <input type="checkbox"/> Hearing – Oído <input type="checkbox"/> Vision – Vista <input type="checkbox"/> Developmental – Desarrollo <input type="checkbox"/> Other – Otro (Specify - Especifique): _____		
Do you think your child has a potential disability? Piensa usted que tu niño puede estar discapacitado? Please describe your concern Si es así explique, por favor: Add a page, if needed (Agregue una página, si necesitó)		
Do you have transportation available to get your child to and from the classroom? ¿Tiene usted transporte disponible para llevarle a su niño/a a la escuela? Yes - Sí No - No		
What is your child’s medical insurance? Does it include dental?¿Cuál es el nombre de la protección médica/ protección dental que tiene su niño?		
EMERGENCY CONTACTS Name & tel #(other than parents)–CONTACTOS DE EMERGENCIA Nombre y telefono (no padres) 1. _____ 2. _____		
Who currently provides childcare for this child? ¿Quién cuida del niño ahora?		

Does the child use diapers during the day, night, both or never? *¿Utiliza el niño pañales durante el día, la noche, ambos, o nunca?*

HOUSEHOLD MEMBERS (include all adults and children):—*Aapunte los miembros en casa (incluya todo adultos y niños)*

Name – <i>Nombre</i>	Birth date – <i>Fecha de Nacimiento</i>	Where do you work? <i>¿Dónde trabaja?</i>	Employer # <i>Número de teléfono de empleador</i>

Family Characteristics - Características de familia

<input type="checkbox"/> Family receiving benefits TANF, Medicaid, FAMIS, Food Stamps, SSI, WIC, F/R Lunch, child support, DRS/VEC services, etc. (please circle what you receive) — <i>La familia recibe TANF, etc.</i>	<input type="checkbox"/> Significant behavior or speech concerns, low birth weight, or nutritional needs <i>Conducta o el discurso significativos conciermen, el peso bajo del nacimiento, o las necesidades nutricionales</i>
<input type="checkbox"/> Outside agency referral, who? — <i>Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quién?</i>	<input type="checkbox"/> First Child to School - primero niño para educar
<input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member <i>El seguro médico que carece para el miembro de la casa</i>	<input type="checkbox"/> Single parent, incarcerated parent, or parent loss by death — <i>Padre soltero, encarcelado o fallecido</i>
<input type="checkbox"/> Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied <i>La deuda o la incapacidad actuales pagar cuentas mensuales</i>	<input type="checkbox"/> Child is/was in foster care — <i>El niño está/ha estado con personas adoptivas</i>
<input type="checkbox"/> Both parents unemployed — <i>Dos padres desempleados</i>	<input type="checkbox"/> Prior or current Head Start/VPI/Special Education family member — <i>Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente</i>
<input type="checkbox"/> English as second language <i>Inglés como segunda lengua</i>	<input type="checkbox"/> Prior or current Child Protective Service case
<input type="checkbox"/> Parent unable to read/write <i>Crie lectura/escritura incapaz</i>	<input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child) — <i>Violencia doméstica</i>
<input type="checkbox"/> Parents' completed level of education <i>Que grado de la escuela fue terminado dure papa los padres? _____</i>	<input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - <i>El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)</i>
<input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From <i>Inmigrante o refugiado recién – De:</i>	<input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months — <i>Movió 2 o más tiempos en los últimos seis meses</i>
<input type="checkbox"/> Chronically ill family member (physical, mental, emotional, substance abuse/addiction) Who? What? — <i>Alguna persona crónicamente enferma en la familia (física, mental, emocional, abuso de sustancias/adicciones) ¿Quién? ¿Qué?</i>	<input type="checkbox"/> Homeless — <i>Sin casa o viviendo en residencia temporánea</i>
	<input type="checkbox"/> Other — <i>Otro</i>

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. **Entiendo que esta es SOLAMENTE una aplicacion y no qarantiza matriculacion en el programa.** Tambien entiendo que NECESITO informar a Head Start si hay algun cambio de direcciono de numero de telefono. Declaro que he dado información completa, exacta y veraz.

If you check this block you DO NOT want information shared with other preschool programs. Marque no informacion a otro pre-escolar. Where did you obtain this application? **¿Cómo obtuvo usted esta aplicación?** _____

Signature – *Firma*

Policy Council Approved: 01/15/09

Date – *Fecha*

01/15/09/EnrollmentApplication/Spanish