



Muchos de los programas que se atienden a través de esta aplicación se basan en los ingresos y las necesidades. Las preguntas, aunque puedan parecer personales, ayudan a completar la revisión de elegibilidad para la aplicación de su hijo. Es posible que no todas las preguntas sean pertinentes para su familia. Su información es confidencial y no se comparte sin su permiso. El propósito de la aplicación no es juzgarle a usted o a su familia, sino ayudarle a aplicar a centros preescolares públicos y privados, guarderías, centros de cuidado infantil y otras oportunidades en su zona. A través de este proceso, esperamos ayudarle a encontrar el mejor programa para su familia. **Si necesita ayuda para rellenar esta aplicación, envíe un correo electrónico a help@go2grow.com o llame al 434-326-5396.**

La aplicación es para el:

- Año escolar 2022-23
- Año escolar 2023-24

La aplicación es para los siguientes programas (marque todos los que procedan):

- Programa preescolar Bright Stars del condado de Albemarle (niños de 4 años)
- Charlottesville City School Programa preescolar (niños de 3 a 4 años)
- MACAA Early Head Start (niños de 0 a 3 años)
- MACAA Head Start (niños de 3-5 años)
- Mixed Delivery de UWGC (0-5 años)
- Beca para niños de 0 a 5 años

Información principal del padre/tutor:

Esta persona servirá como el principal punto de contacto para esta aplicación.

Primer Nombre	Apellido	Sufijo
Correo Electrónico	Teléfono Móvil	
Dirección principal de la casa	Fecha de nacimiento del padre o tutor principal	
Ciudad	Estado	Código postal

- Quiero recibir comunicación por mensaje de texto al número de móvil proporcionado arriba.

Información del niño:

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido
Mes de nacimiento	Día de nacimiento	Año de nacimiento

Si su hijo cumplirá 5 años el 30 de septiembre del año en que asiste o antes, ¿ha determinado que su hijo aún no está listo para el jardín de infantes y recibió una excepción de un programa de educación y cuidado temprano de que su hijo no está listo para el jardín de infantes?

- Sí
- No
- No aplicable, mi hijo no cumplirá 5 años antes del 30 de Septiembre

El siguiente conjunto de preguntas es sobre el padre / tutor principal:

<p>Genero</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar 	<p>Raza (Marque todo lo que corresponda).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco 	<p>Hispano/Latino</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Idioma Principal en el Hogar <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Suajili <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro: _____		Nivel de Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Relación con El Niño <input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Guardián legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Custodia del Niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Educación más alta completada <input type="checkbox"/> No termino el bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	¿Cuál es el estado laboral del padre/tutor principal? (Marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado - Estacional <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Empleado: tiempo completo y capacitación <input type="checkbox"/> Empleado: tiempo parcial y capacitación <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Desactivado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Padre que se queda en casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Lugar de Empleo: _____	
--	--	--

¿Hay otro padre/tutor en la familia? Sí No

Solo incluya adultos que sean padres/tutores legales del niño a través de relaciones biológicas, matrimonio o adopción. Este adulto secundario no necesita residir en el mismo hogar. La información sobre los adultos que contribuyen al hogar pero que no son padres/tutores legales se ingresará más adelante. Se debe adjuntar la documentación adecuada, como los documentos de custodia, si no se permite que un padre/tutor legal recoja al niño.

Información del padre/tutor secundario:

Primer Nombre	Apellidos	Sufijo
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono móvil
Dirección de casa		Fecha de nacimiento del padre o tutor secundario
Ciudad	Estado	Código Postal

El siguiente grupo de preguntas es sobre el padre/tutor secundario:

Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	Raza (Marque todo lo que corresponda). <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Idioma Principal en el Hogar <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Suajili <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro: _____		Nivel de Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
--	--	--

Relación con El Niño	Guardián legal	Custodia del Niño
<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Educación más alta completada	¿Cuál es el estado laboral del padre/tutor principal? (Marque todo lo que corresponda.)	
<input type="checkbox"/> No termino el bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado - Estacional <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Empleado: tiempo completo y capacitación <input type="checkbox"/> Empleado: tiempo parcial y capacitación	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Desactivado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Padre que se queda en casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Lugar de Empleo: _____

El siguiente conjunto de preguntas es sobre cualquiera de los padres/tutores:

Por favor marque todos los que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene una discapacidad. <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene un problema de salud mental. <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene un problema de salud crónico. <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor está experimentando abuso de sustancias. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 	Por favor marque todos los que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor es veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor es un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Al menos un padre/tutor está desplegado activamente en una zona de combate. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
---	--

¿Es cualquiera de los padres / tutores un trabajador migrante? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	¿Alguno de los padres/tutores es inmigrante o refugiado reciente (dentro de los últimos 3 años)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	¿Alguno de los padres/tutores está encarcelado? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El(los) padre(s)/tutor(es) está(n) encarcelado(s). <input type="checkbox"/> Los padres/tutores han sido encarcelados. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
---	---	---

Marque todo lo que corresponda: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El niño ha estado expuesto a abuso/violencia doméstica. <input type="checkbox"/> El niño ha tenido participación de CPS. <input type="checkbox"/> El niño actualmente está experimentando abuso/violencia doméstica. <input type="checkbox"/> El niño actualmente tiene participación de CPS. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 	¿Algún padre/tutor ha fallecido? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	Seleccione todos los apoyos que su familia está recibiendo actualmente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Child Care Subsidy <input type="checkbox"/> VA View <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	---

Marque todo lo que se aplica a su familia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actualmente estamos experimentando la falta de vivienda. <input type="checkbox"/> Hemos vivido en un campo de refugiados. <input type="checkbox"/> Nos hemos mudado más de dos veces en 3 años. <input type="checkbox"/> Hemos vivido en un campamento/motel/refugio. <input type="checkbox"/> Nos hemos mudado 2 o más veces en un año. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Actualmente estamos viviendo en una vivienda temporal/de transición.. 	
--	--

Marque todo lo que corresponda a su situación de vivienda:

- Estamos superpoblados.
 Tenemos problemas para pagar los servicios y/o el alquiler.
 Nuestra casa necesita reparaciones importantes.
 Ninguna de las anteriores

Marque todo lo que corresponda a las necesidades de transporte de su familia:

- No tengo transporte confiable.
 El transporte es una barrera para que mi hijo vaya y regrese de la escuela.
 No tengo licencia de conducir.
 Ninguna de las anteriores
 Trabajo más horas que el día escolar típico (7:30-2:30).

Cuantos adultos viven en el hogar? _____ Cuantos niños viven en el hogar? _____

Complete la siguiente información para TODOS los miembros del hogar del niño:

Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contacto de emergencia (en caso de que no se pueda contactar a los padres/tutores):

Nombre de contacto	Número de teléfono	Correo Electrónico
Relación con el niño:	<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro: _____

Las siguientes preguntas son sobre el hogar del niño:

Las siguientes preguntas son sobre el hogar del niño: <input type="checkbox"/> Padre soltero/tutor <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> No casado <input type="checkbox"/> Sin contacto con uno o ambos padres	Seleccione todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> El padre era menor de 20 años cuando nació el hijo para el que solicitan. <input type="checkbox"/> El padre tenía menos de 20 años cuando nació su primer hijo. <input type="checkbox"/> El padre tenía más de 20 años cuando nació su primer hijo. <input type="checkbox"/> Se desconoce la edad de los padres cuando nació el primer hijo.
--	--

Fuiste referido a go2grow? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si es así, por quién? _____	¿Cómo se enteró de go2grow? <input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> Letrero de patio <input type="checkbox"/> Pancartas <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook/Instagram) <input type="checkbox"/> Radio/televisión	<input type="checkbox"/> Amigo de la familia <input type="checkbox"/> Referencia escolar <input type="checkbox"/> Evento en persona <input type="checkbox"/> Ya sabía del programa <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--

Las siguientes preguntas son sobre el niño solicitante:

<p style="text-align: center;">Genero</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<p style="text-align: center;">Raza (Marque todo lo que corresponda).</p> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Ansiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

<p style="text-align: center;">Idioma Principal en el Hogar</p> <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Suajili <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No aplicable/aún no verbal	<p style="text-align: center;">Dominio del inglés</p> <input type="checkbox"/> Todavía no verbal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
---	--

<p>¿El niño nació prematuro (antes de las 37 semanas) o un embarazo de alto riesgo?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿El niño pesó menos de 5 libras al nacer?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿El niño fue afectado por las drogas y/o el alcohol durante el embarazo?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

<p>¿Ha asistido el niño a un programa formal de cuidado o educación de la primera infancia?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Estaba el niño en una lista de espera para el año escolar anterior?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Es el niño hermano de un participante anterior/actual en uno de los siguientes programas? (Marque todo lo que corresponda).</p> <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Mixed Delivery <input type="checkbox"/> Preescolar de la División de Escuelas Públicas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos
--	--	--

Marque todo lo que corresponda:

- El niño solicitante tiene un IEP/IFSP.
- El niño solicitante tiene una discapacidad o impedimento diagnosticado.
- El niño solicitante recibe servicios (del habla, ocupacionales o físicos).
- El niño solicitante es evaluado para servicios de educación especial.
- Ninguna de las anteriores

Si corresponde, describa la discapacidad y / o los servicios y qué áreas de desarrollo se ven afectadas.

No aplicable/aún no verbal

¿Tiene alguna discapacidad o preocupación sobre el desarrollo de su hijo? Sí No

Sírvase describir estas preocupaciones en materia de desarrollo.

<p>¿Tiene el niño un hermano que está experimentando desafíos conductuales, sociales y/o académicos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Es el niño (seleccione todas las que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Actualmente en cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Anteriormente en cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Actualmente en cuidado de parentesco <input type="checkbox"/> Ser criado por no parientes o padres / tutores no biológicos <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<p>¿Está el niño en consejería?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--

¿Ha aprendido el niño a ir al baño? (No es un requisito). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el niño víctima de abuso/negligencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el niño problemas de salud crónicos o enfermedad terminal y/o diagnósticos, o alergia grave? Si sí, sírvase explicarlo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

Marque todo lo que se aplica al seguro de salud del niño solicitante:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico para Niños (CHIP) | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP combinados | <input type="checkbox"/> Seguro financiado exclusivamente por el Estado |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro | |

¿Hay algo más que quiera decirnos sobre su hijo o su solicitud? (Opcional)

Estoy de acuerdo en que esta aplicación servirá para satisfacer las necesidades de mi familia a través de proveedores públicos y / o privados disponibles y, según la elegibilidad, apoyará a mi familia para asegurar los servicios de cuidado infantil / educación temprana / preescolar para mi hijo. Entiendo que esta información se mantiene confidencial y se mantiene de forma segura. También entiendo que mis respuestas se utilizan para determinar la elegibilidad, sin juzgarme a mí o a mi familia.

Mi firma a continuación certifica que toda la información anterior es verdadera y correcta, y que todos los ingresos familiares han sido reportados. Entiendo que: a) Estoy obligado a notificar al programa inmediatamente si alguna información cambia. b) El programa puede recibir fondos estatales o federales para pagar el costo del programa. c) Doy permiso para que mi aplicación se comparta con todos los socios participantes de go2grow (United Ways, programas VPI, programas de Head Start, programas de Mixed Delivery y proveedores privados) para determinar la elegibilidad y la aceptación. d) Doy permiso para que go2grow comparta la aplicación de mi hijo con agencias de apoyo (por ejemplo, Infant Toddler Connection, International Rescue Committee, Child Health Partnerships, Department of Social Service, ReadyKids) para proporcionar información sobre sus servicios. e) Go2grow usará mi información para ayudar a entender qué servicios y apoyos tienen más probabilidades de ayudar a los niños a tener éxito en la escuela y en la vida. Estos informes no incluirán ninguna información personal o identificable sobre mí o mi hijo. Si doy mi consentimiento, completaré y firmaré este formulario de consentimiento como parte de la aplicación.

Firma del solicitante

Fecha de firma del solicitante

Envíe copias de los siguientes documentos con la solicitud para determinar la elegibilidad:

- Comprobante de ingresos (por ejemplo, declaraciones de impuestos actuales; Cartas de SNAP, TANF, Medicaid, SSI; W-2; talones de pago del último mes; carta de un empleador; documentación de manutención infantil)
 - o NOTA: Los programas pueden requerir documentación adicional y/o más de una forma de documentación.
- Certificado de nacimiento del niño(a)
- Comprobante de vivienda (para programas CCS y ACPS) (por ejemplo, copia del contrato de arrendamiento actual; comprobante de propiedad de vivienda; o factura de servicios públicos actual (con la dirección de servicio o local enumerada), como su factura de gas, agua o cable)
- Copia de la identificación con foto del adulto primario

Los siguientes documentos no son necesarios para la elegibilidad, pero se requieren antes de la inscripción.

- Registro actual de vacunación del niño(a)
- Prueba del examen físico reciente del niño(a)
- Cualquier documento adicional relevante (por ejemplo, orden de custodia; orden judicial; órdenes de protección; Documentación del IEP/IFSP; derivaciones; etc.)