



United Way of Staunton,  
Augusta County & Waynesboro



Muchos de los programas atendidos a través de esta solicitud se basan en los ingresos y las necesidades. Su información se mantiene confidencial. Como parte de nuestro compromiso de ayudarlo a encontrar cuidado infantil que se ajuste a las necesidades de su familia, su solicitud puede compartirse con otros programas relacionados para los cuales pueda ser elegible. **Si necesita ayuda para completar esta solicitud, envíe un correo electrónico a [go2grow@unitedwaysaw.org](mailto:go2grow@unitedwaysaw.org) o llame al 540-849-7617..**

La aplicación es para el:

- Año escolar 2023-24
- Año escolar 2024-25

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

- Escuelas públicas del condado Augusta (3-4 años)
- Escuelas de la ciudad Staunton (3-4 años)
- Escuelas Públicas de Waynesboro (3-4 años)
- Shenandoah Valley Early Head Start (0-3 años)
- Shenandoah Valley Head Start (3 años)
- Mixed Delivery en los Centros de Educación Temprana (3-4 años)

\* Se requiere respuesta para procesar la aplicación.

**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 kinder/jardín de infantes y recibió una excepción de un programa de educación y cuidado temprano de que su hijo no está listo para el kinder/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><b>Genero*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masculino</li> <li><input type="checkbox"/> Femenino</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> <li><input type="checkbox"/> Prefiero no revelar</li> </ul> | <p><b>Raza (Marque todo lo que corresponda.)*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska</li> <li><input type="checkbox"/> Asiático</li> <li><input type="checkbox"/> Negro</li> <li><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico</li> <li><input type="checkbox"/> Blanco</li> </ul> | <p><b>Hispano/Latino*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul> |
|--|--|--|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Idioma Principal en el Hogar*</b><br><input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos Americano <input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Suajili<br><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Mandarín<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> Pashto   |   | <b>Nivel de Inglés*</b><br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Poco<br><input type="checkbox"/> Moderado<br><input type="checkbox"/> Competente |
| <b>Relación con El Niño*</b><br><input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrastro<br><input type="checkbox"/> Abuelo(a)<br><input type="checkbox"/> Otro pariente<br><input type="checkbox"/> Padre Adoptivo<br><input type="checkbox"/> Otro: _____  | <b>Guardián legal*</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No  | <b>Custodia del Niño*</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No  |
| <b>Educación más alta completada*</b><br><input type="checkbox"/> No termino el bachillerato/preparatoria<br><input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> Graduado de bachillerato/preparatoria<br><input type="checkbox"/> Algo de universidad o entrenamiento avanzado<br><input type="checkbox"/> Grado Asociado<br><input type="checkbox"/> Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Maestría<br><input type="checkbox"/> Doctorado | <b>¿Cuál es el estado laboral del padre/tutor principal? (Marque todo lo que corresponda.) *</b><br><input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo completo <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela<br><input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Empleado - Estacional <input type="checkbox"/> Buscando trabajo<br><input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Padre que se queda en casa<br><input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo completo y capacitación <input type="checkbox"/> Jubilado<br><input type="checkbox"/> Empleado - Tiempo parcial y capacitación <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:**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Genero</b><br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Prefiero no revelar  | <b>Raza (Marque todo lo que corresponda).</b><br><input type="checkbox"/> Indio Americano/nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro<br><input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanco | <b>Hispano/Latino</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No   |
| <b>Idioma Principal en el Hogar</b><br><input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos Americano <input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Suajili<br><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Mandarín<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> Pashto |   | <b>Nivel de Inglés</b><br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Poco<br><input type="checkbox"/> Moderado<br><input type="checkbox"/> Competente |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p align="center"><b>Relación con El Niño</b></p> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrastro<br><input type="checkbox"/> Abuelo(a)<br><input type="checkbox"/> Otro pariente<br><input type="checkbox"/> Padre Adoptivo<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <p align="center"><b>Guardián legal</b></p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <p align="center"><b>Custodia del Niño</b></p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <p align="center"><b>Seleccione todo lo que corresponda al padre/madre/tutor secundario:</b></p> <input type="checkbox"/> Vive con la familia<br><input type="checkbox"/> Proporciona ayuda económica<br><input type="checkbox"/> No se aplica |
|--|--|---|--|

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

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

|  |   |
|--|---|
| <p>Por favor marque todos los que apliquen: *</p> <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene una discapacidad.<br><input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene un problema de salud mental.<br><input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor tiene un problema de salud crónico.<br><input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor está experimentando abuso de sustancias.<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | <p>Por favor marque todos los que apliquen: *</p> <input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor es veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.<br><input type="checkbox"/> Al menos uno de los padres/tutor es un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.<br><input type="checkbox"/> Al menos un padre/tutor está desplegado activamente en una zona de combate.<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
|--|---|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>¿Es cualquiera de los padres/tutores un trabajador migrante? *</p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <p>¿Alguno de los padres/tutor se ha mudado a los Estados Unidos en los últimos tres años? *</p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <p>¿Alguno de los padres/tutores está encarcelado? *</p> <input type="checkbox"/> El(los) padre(s)/tutor(es) está(n) encarcelado(s).<br><input type="checkbox"/> Los padres/tutores han sido encarcelados.<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
|--|---|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Marque todo lo que corresponda: *</p> <input type="checkbox"/> El niño ha estado expuesto a abuso/violencia doméstica.<br><input type="checkbox"/> El niño ha tenido participación de CPS.<br><input type="checkbox"/> El niño actualmente está experimentando abuso/violencia doméstica.<br><input type="checkbox"/> El niño actualmente tiene participación de CPS.<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | <p>¿Algún padre/tutor ha fallecido? *</p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <p>Seleccione todos los apoyos que su familia está recibiendo actualmente: *</p> <input type="checkbox"/> TANF<br><input type="checkbox"/> SNAP<br><input type="checkbox"/> Child Care Subsidy<br><input type="checkbox"/> VA View<br><input type="checkbox"/> WIC<br><input type="checkbox"/> SSI<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>Marque todo lo que se aplica a su familia: *</p> <input type="checkbox"/> Actualmente estamos experimentando la falta de vivienda.<br><input type="checkbox"/> Compartimos nuestra vivienda con otra(s) persona(s).<br><input type="checkbox"/> Nos hemos mudado más de dos veces en 3 años.<br><input type="checkbox"/> Nos hemos mudado 2 o más veces en un año.<br><input type="checkbox"/> Actualmente estamos viviendo en una vivienda temporal/de transición. |  | <input type="checkbox"/> Vivimos o hemos vivido en un campo de refugiados.<br><input type="checkbox"/> Vivimos o hemos vivido en un campamento/motel/refugio.<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores<br><input type="checkbox"/> Other: _____ |  |
|--|--|--|--|

Marque todo lo que corresponda a su situación de vivienda: \*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estamos superpoblados.                          | <input type="checkbox"/> Estamos teniendo problemas para pagar los servicios públicos y/o la renta. |
| <input type="checkbox"/> Nuestra casa necesita reparaciones importantes. | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores  |

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yo/nosotros no tenemos transporte confiable/fijo.                       | <input type="checkbox"/> El transporte es una barrera para que mi hijo vaya y regrese de la escuela. |
| <input type="checkbox"/> Yo/nosotros no tenemos licencia de conducir.                            | ¿Por favor explique porque el transporte es una barrera?   |
| <input type="checkbox"/> Yo/nosotros trabajamos más horas que el día escolar típico (7:30-2:30). |  |
| <input type="checkbox"/> Transporte no es un problema.   |  |

¿Cuántos adultos viven en el hogar? \* \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños viven en el hogar? \* \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños viven en el hogar? \* \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso anual estimado del hogar (de todas las fuentes antes de cualquier deducción)? \* \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información para TODOS los miembros del hogar del niño (incluidos los padres/tutores y el 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 alternativo (en caso de que no se pueda localizar a los padres/tutores):**

|  |                     |  |
|--|---------------------|--|
| Nombre de contacto*  | Número de teléfono* | Correo Electrónico   |
| Relación de contacto alternativo con el niño: * <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrastra<br><input type="checkbox"/> Abuelo/a<br><input type="checkbox"/> Otro pariente |                     | <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo<br><input type="checkbox"/> Guardián legal<br><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/tutor soltero<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Divorciado/Separado<br><input type="checkbox"/> Viviendo juntos, no casados<br><input type="checkbox"/> Sin contacto con uno o ambos padres | Seleccione todas las que correspondan: * <input type="checkbox"/> Uno de los padres era menor de 20 años cuando nació el hijo para el que aplica.<br><input type="checkbox"/> Uno de los padres era menos de 20 años cuando nació su primer hijo.<br><input type="checkbox"/> Ambos padres tenían 20 años o mayor cuando tuvieron su primer hijo.<br><input type="checkbox"/> Edad de padre(s) cuando el primer hijo nació es desconocida. |
|---|--|

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

**Las siguientes preguntas son sobre el niño solicitante:**

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| <p><b>Genero*</b></p> <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Prefiero no revelar   |  | <p><b>Raza (Marque todo lo que corresponda).*</b></p> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Ansiático<br><input type="checkbox"/> Negro<br><input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanco |  | <p><b>Hispano/Latino*</b></p> <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No   |  |
| <p><b>Idioma Principal en el Hogar*</b></p> <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano<br><input type="checkbox"/> Árabe<br><input type="checkbox"/> Dari<br><input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Pashto |  |   |  | <p><b>Domínio del inglés*</b></p> <input type="checkbox"/> Todavía no verbal<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Poco<br><input type="checkbox"/> Moderado<br><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<br><input type="checkbox"/> No   |  | <p>¿Estaba el niño en una lista de espera para el año escolar anterior? *</p> <input type="checkbox"/> Sí<br><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<br><input type="checkbox"/> Preescolar de la División de Escuelas Públicas<br><input type="checkbox"/> Mixed Delivery<br><input type="checkbox"/> Ninguno de estos |  |

Marque todo lo que corresponda: \*

- El niño/aplicante tiene un IEP/IFSP de una división escolar o un programa para bebés y niños pequeños y recibe servicios.
- El niño/aplicante tiene una discapacidad o impedimento diagnosticado médicamente (es decir, por un médico o especialista).
- El niño/aplicante recibe servicios fuera de una división escolar o de un programa para bebés y niños pequeños.
- El niño/aplicante está siendo 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

Por favor describa sus preocupaciones de desarrollo.

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

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

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                        | <input type="checkbox"/> Seguro financiado exclusivamente por el Estado |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro                      | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                   |

¿A qué escuela primaria asistirá su hijo para el kinder/jardín de infantes? \_\_\_\_\_

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

Al firmar a continuación, entiendo que la información compartida se mantiene privada y segura. La ley federal prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad o edad.

Acepto que toda la información compartida y los ingresos reportados son verdaderos. Dar información falsa puede dar lugar a que se rechace la aplicación de mi hijo. Acepto informar a mi programa si cambia alguna información.

Acepto que mi solicitud se comparta con los programas asociados de go2grow. Mi información puede usarse para apoyar los esfuerzos de educación temprana en Ready Region Blue Ridge.

|                    |                    |                             |
|--------------------|--------------------|-----------------------------|
|                    |                    |                             |
| Firma del Apicante | Nombre de Apicante | Fecha de firma del apicante |

**Certificación de Representante**

(Completar si la aplicación fue completada por un adulto que **NO** es el padre o tutor).

Firmo esta declaración para confirmar que he actuado como representante de la familia para aplicar a través de esta aplicación. Afirmo que lo he hecho con su pleno consentimiento y de acuerdo con sus deseos. Mi firma a continuación certifica que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que he revisado el certificado familiar anterior con la familia solicitante.

|                                  |                                  |   |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
|                                  |                                  |   |
| Nombre Impreso del Representante | Número de teléfono Representante | Organización de Representable, si aplicable |
|                                  |                                  |   |
| Firma de Representante           | Fecha                            |   |

**Por favor envíe copias de los siguientes documentos con la solicitud para determinar la elegibilidad:**

- Comprobante de ingresos (por ejemplo, declaraciones de impuestos actuales, carta SNAP, formularios W-2, recibos de sueldo o una carta de un empleador, documentación de manutención infantil)
  - o NOTA: **Esto es REQUIRIDO para que su aplicación sea procesada completamente por los programas preescolares de escuelas públicas, Early Head Start, Head Start, y programa de Mixed Delivery.** Los programas pueden requerir documentación adicional y/o más de una forma de documentación.
- 2** Comprobante de vivienda (por ejemplo, copia del contrato de arrendamiento actual, comprobante de propiedad de la vivienda o factura de servicios públicos actual (con la dirección del servicio o del local indicada), como su factura de gas, agua o cable)
  - o NOTA: Esta documentación es necesaria para ser aceptada en ciertos programas y puede retrasar su aplicación si no se incluye.
- Certificado de nacimiento del niño o carta de prueba de nacimiento
  - o NOTA: Esta documentación es necesaria para ser aceptado en ciertos programas y puede retrasar su aplicación. No está incluida.

- Copia de la identificación con fotografía del adulto principal

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

- Formulario de ingreso de salud escolar del niño (firmado por el médico)
- Registro de vacunación actual del niño (firmado por el médico)
- Cualquier documento adicional relevante (por ejemplo, orden de custodia, orden judicial, órdenes de protección, documentación del IEP o IFSP, referencias, etc.)