

Empleados Solamente

Fecha & Hora de Recibida _____

Por Quien _____



INFORMACION PARA COMPLETAR LA APLICACIÓN

No Remueva esta hoja de la Aplicación

Gracias por su interés en Higher Horizons Day Care Center, Inc. Higher Horizons sirve a familias de todas las culturas y antecedentes étnico, niños con impedimentos físicos y mujeres embarazadas, que reúnan los requisitos Federales de ingresos del hogar y que vivan en el Condado de Fairfax.

Nosotros ofrecemos las siguientes opciones en el programa:

El **Programa en el Centro** sirve a niños de 6 semanas a 5 años de edad que no son elegibles para ingresar a Kindergarten en un salón de clases de día completo. Proveemos servicios para aquellos padres que trabajen de tiempo completo, estudiantes de tiempo completo que reúnan los requisitos de ingresos y cuyos niños tengan la edad requerida por el programa. Otras excepciones son aquellos padres sin hogar, niños que estén en hogares de crianza, padres adolescentes y padres que estén sirviendo en el servicio militar activo y aquellos niños que estén en programa de servicio de protección de niños.

El **Programa de Servicios Educativos en casa** sirve a familias con niños desde su nacimiento hasta los 2.6 años de edad y a mujeres embarazadas. El Programa de Servicio Educativo en Casa le proveerá una Maestra, que visitara su hogar y le ofrecerá servicios educativos a la familia. El grupo de Socialización se reúne mensualmente. Proveemos un enlace a los recursos de la comunidad

Favor asegúrese de completar TODAS las secciones de la aplicación. Para que su aplicación sea debidamente procesada y podamos determinar si es elegible para nuestro programa.

TIENEN que presentar los siguientes documentos con la aplicación :

1. **Certificado de nacimiento de su niño(a).** El certificado no será copiado ni permanecerá en el centro, pero el personal que reciba su aplicación tomará y anotará los datos necesarios.
2. **Verificación de su residencia.** Esto puede ser una copia de su contrato de arrendamiento o cualquier recibo de agua, luz y gas que este a su nombre y que tenga su dirección. Si recibe asistencia de vivienda (sección 8), por favor incluya una copia de su certificado o carta de aprobación. Si usted comparte la residencia, favor de someter una carta notariada de la persona con quien vive o dueño de la casa que manifieste que usted vive en la dirección que nos ha dado.
3. **Verificación del Sueldo.** Esto puede ser:
 - **2 colillas corrientes** y consecutivas de cheque o el 1040 del 2011 de cada miembro de la familia que esté trabajando., esto lo incluye a usted y su pareja
 - **Trabajadores por cuenta propia:** tiene que proveer el 1040 de 2011 con el Schedule C.
 - **Trabajadores temporales:** tienen que proveer una carta notariada de su jefe o una copia reciente de los impuestos de Federales y del Estado de Virginia ..
 - **Familias sin ingresos:** tienen que proveer una carta notariada o una declaración de la entidad o fuente de ingresos incluyendo la cantidad de ayuda que recibe.
 - **Otros Ingresos:** (manutención para los niños, desempleo, etc.) tienen que ser incluidos como ingresos.
 - Una copia de su cheque mensual de TANF o cheque de SSI; **O**
 - Una copia reciente de la carta del Departamento de Desarrollo Humanos que indicando la cantidad que recibe al mes.
4. **Verificación de Escuela/ Entrenamiento** (si aplica) Una copia Computarizada de su registro oficial.
5. **Otros documentos (si aplica)**
 - Verificación de Embarazo
 - Servicio Militar Activo
 - Condición Crónica de Salud
 - Discapacidad diagnosticada de Padres/Niños
 - Padres Encarcelados
 - Servicio de Protección de niños o Programa de Preservación a la Familia
 - Documentación de circunstancias severas en la familia

Su aplicación no será procesada sin esta información. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la aplicación, favor llame al (703) 820- 2457 o (571) 99-6642.

**5920-B Summers Lane, Falls Church VA 22041 • 703 820- 2457
6201 Leesburg Pike Suite #5, Falls Church, VA 22044 • 571 499-6642
www.higherhorizons.org**

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo		
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo de Sur y Centro América	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid	Doctor	Dentista
			<input type="checkbox"/> No es Elegible		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> Tiene Medicaid		<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			
<input type="checkbox"/> ¿Ha atendido su niño otra escuela?			<input type="checkbox"/> ¿Tiene Usted alguna inquietud en cuanto al desarrollo de su niño/a?			
<input type="checkbox"/> Sí						
<input type="checkbox"/> No						
País de Origen						
Adulto Principal						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo		
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo de Sur y Centro América	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
Nivel de Educación	Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/ Padrasto/Madrasta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		Sí, es Subvencionado?	
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Otro			
Dirección de Email: _____				País de Origen _____		
Adulto Secundario						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo		
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo de Sur y Centro América	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
Nivel de Educación	Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/ Padrasto/Madrasta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		Sí, es Subvencionado?	
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Otro			
Dirección de Email: _____				País de Origen _____		
Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo		
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo de Sur y Centro América	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo		
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Nativo de Sur y Centro América	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información General					
Dirección de Residencia	Línea 2 de la dirección	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)	Línea 2 de la dirección	Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono	Tipo (Llene uno)			Notas	
<input type="checkbox"/> Primario () -	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	Número de Miembros de su Familia _____
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	Número de Niños _____
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	Número de Personas en la casa _____
Estado Paternal (Llene uno)	Lengua Primaria en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP
<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

Información de Familia						
TANF	SSI		WIC		WIC ID (sí applicable)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (completado por agencia) / /			Verificado por (completado por agencia)			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, mes, año)	Cantidad Annual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas de Ingresos						
Firma de Padre/Guardian _____				Fecha _____		

Para Uso de la Oficina Solamente

CHILD'S IDENTITY VERIFICATION

First Name		Middle Name	Last Name	
Place of Birth	Date of Birth	Birth Certificate Number	Date Issued	
Form of Proof				

Proof of child's identity and age may include a certified copy of the child's birth certificate, birth registration card, notification of birth (hospital, physician or midwife record), and passport, copy of the placement agreement or other proof of the child's identity from a child placing agency. While programs are not required to keep the proof of the child's identity, documentation of viewing this information must be maintained for each child.

Staff Signature	Date
-----------------	------

Adenda II a la Aplicación

Favor de contestar las preguntas que son aplicables a usted. (Favor de adjuntarla a la aplicación)

PARTE I

Si estas embarazada, favor de Indicar:

Cuantas semanas tiene al llenar la aplicación: _____

Fecha de Parto: _____

Si está recibiendo cuidado pre-natal: _____

Si es su primer embarazo: _____

PARTE II

Si estas aplicando al programa de EHS, que sirve a niños de 6 semanas a 2.6 años, favor de hacer una marca en la casilla apropiada

Si, puedo llevar y recoger a mi hija (o) de la escuela a la hora abajo indicada

No, puedo llevar y recoger a mi hija (o) de la escuela a la hora abajo indicada

Hora de llegada 7:45 – 9am

Hora de salida 3:30 – 4:30pm

PARTE III

Cómo se entero de nuestro programa? Favor de marcar las casillas que aplique a sus respuestas

La Oficina De Servicios Sociales

Volantes - Lugar? _____

Quien le refirió – _____

Mi hija (o) _____ está actualmente asistiendo

Nombre del Niño(a)

Familia/Amigos

Anteriormente asistía mis niño(s)

Cartel de bus

Certificación: Yo certifico que la información en esta aplicación, es verdadera. Si hay una parte falsa, mi participación en el programa será terminada y es posible que yo sea sometido a acciones legales. Yo también entiendo que la información en esta aplicación será guardada Confidencialmente en la Agencia y yo tendré acceso durante las horas de operación