

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 4 años en clases de tiempo 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. Los siguientes documentos son categóricamente elegibles, **Padres sin Hogar, niños que estén en hogares de crianza, y familias que reciban Ingresos Suplementarios del Seguro Social**

El Programa de Servicios Educativos en casa sirve a familias con niños desde su nacimiento hasta los 2.6 años y a mujeres embarazadas. El Programa de Servicio Educativo en Casa le proveerá una Maestra, que visitará su hogar y le ofrecerá servicios educativos a la familia. El grupo de Socialización se reúne dos veces al mes, en el parque, librería, museos, y en otros lugares en 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.

TIENE QUE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN PERSONA LUNES – VIERNES DE 9:00AM-2:00PM

- 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
- 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, no recibo de celulares 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 del dueño de la casa, que manifieste que usted vive en la dirección que nos ha dado. También necesitaremos el contrato de arrendamiento del dueño de la casa
- Verificación del Sueldo.** Esto puede ser:
 - la forma de impuestos 1040 del 2021 de cada miembro de la familia que esta Trabajando, esto lo incluye a usted y su pareja**
 - **2 colillas consecutivas del salario de ambos padres.**
 - **Trabajadores por cuenta propia:** tiene que proveer el 1040 de **2021** con el Schedule C.
 - **Trabajadores temporales:** tienen que proveer una carta notariada de su jefe o una copia reciente de los impuestos Federales forma 1040 del **2021**
 - **Familias sin ingresos:** debe una forma notariada de Declaración de los Padres, explicando su fuente de ingresos y cantidad mensual de ayuda que recibe. Esta información será verificada
 - **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; **○**
 - Una copia **reciente** de la carta del Departamento de Desarrollo Humanos que indicando la cantidad que recibe al mes.

- Verificación de Escuela/ Entrenamiento** (si aplica) Una copia Computarizada de su registro oficial.

2. Otros documentos (si aplica)

- Discapacidad diagnosticada de Padres/Niños con copia actualizada del IEP o IFSP
- Padres Encarcelados
- Servicio de Protección de niños o Programa de Preservación a la Familia

LA INFORMACION ARRIBA INDICADA SERA VERIFICADA CON SU EMPLEADOR, DUEÑO DE VIVIENDA, O LA ENTIDAD DE DONDE RECIBE APOYO. SI NO RECIBIMOS TODA LA INFORMACION, LA APLICACIÓN NO SERA PROCESADA. Por favor llame al (703) 820-2457 si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda completar la aplicación.

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

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Nombre del Niño(a) o Madre Embarazada aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	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
			<input type="checkbox"/> No es Elegible	<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> Tiene Medicaid	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible	<input type="checkbox"/> Si
				<input type="checkbox"/> No

¿Tiene usted alguna inquietud en cuanto al desarrollo de su niño/a?

Sí No

Por favor explique _____

Nombre del Padre

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	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 con el Niño(a)	Custodia	Escoja todo los que le aplique:
<i>Letra de molde</i>	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Padraastro/Madrasta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> ¿Sí, es Subvencionado?
	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			
	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela			
	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado			
Correo Electrónico: _____				<i>País de Origen</i> _____

Nombre de la Madre

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	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:
<i>Letra de molde</i>	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Padraastro/Madrasta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí, ¿es Subvencionado?
	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento			
	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela			
	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado			
Correo Electrónico: _____				<i>País de Origen</i> _____

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	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
<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"/> Primaria () -	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	Número de Miembros de su Familia _____
Mensajes de Texto:	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	Número de Niños _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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 La Familia

TANF	SSI	WIC	WIC ID (sí aplicable)
<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	

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				

Prueba de identidad del niño incluye una copia certificada del certificado de nacimiento, tarjeta de registro, notificación de nacimiento del (hospital, médico o partera), pasaporte, o prueba de identidad del niño de la agencia de adopción. Aunque en algunas agencias no es un requisito conservar copias de la identidad de los niños, nosotros debemos mantener los documentos de cada niño en el caso que necesitemos ver la información.

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

Adenda II a la Aplicación

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

Si está embarazada, favor de indicar cuantas semanas o meses y fecha de parto al llenar la aplicación:

Semanas: _____ o Meses _____

Fecha de Parto: _____

Si estas aplicando al programa de EHS, (que sirve a niños de 6 semanas a 2.6 años), favor de Favor de marcar la casilla apropiada. (Higher Horizons no ofrece transporte a niños menores de 3 años)

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 – 8:45am

Hora de salida 3:30 – 4:30pm

¿Ha atendido su niño otra escuela?

Si

No

¿Cómo se enteró de nuestro programa?

La Oficina De Servicios Sociales Región 2

Volantes - Lugar? _____

Quien le refirió – _____

Mi hija (o) _____ está actualmente asistiendo 7C/BXR

Nombre del Niño(a)

Familia/Amigos

Tuve niño/a inscrito/a en el pasado en Higher Horizons

Cartel de bus

CERTIFICACION

Yo entiendo que como solicitante de Head Start/Early Head Start, ofreceré información de mis ingresos. Entiendo que el personal del programa se reserva el derecho de revisar la información y hacer la determinación de elegibilidad para el programa. Entiendo y doy mi permiso para que el personal del programa pueda usar a terceras partes para verificar circunstancias familiares.

Yo certifico que la información de esta aplicación es verdadera y exacta.

Yo entiendo que, si doy información falsa, mi niño no será elegible para el programa

Yo acepto que usen verificación de terceras partes

Yo no acepto que usen verificación de terceras partes

Esta declaración fue leída ante mí

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____