



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 help@go2grow.org o llame al 434-326-5396.

La aplicación es para el:

- Año escolar 2024-25
- Año escolar 2025-26

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

- Programa Preescolar de las Escuelas Públicas del Condado de Albemarle (niños de 4 años)
- Charlottesville City School Programa preescolar (niños de 3 a 4 años)
- Head Start (niños de 3-5 años)
- Mixed Delivery de UWGC (0-5 años)
- Beca para niños de 0 a 5 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>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
--	---	--

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

<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"/> Asiático <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"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Suajili <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Pashto		<p style="text-align: center;">Nivel de Inglés</p> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
--	--	---

<p>Relación con El Niño</p> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p>Guardián legal</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Custodia del Niño</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Seleccione todo lo que corresponda al padre/madre/tutor secundario:</p> <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona ayuda económica <input type="checkbox"/> No se aplica
<p>Educación más alta completada</p> <input type="checkbox"/> No termino el bachillerato/ preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de bachillerato/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	<p>¿Cuál es el estado laboral del padre/tutor principal? (Marque todo lo que corresponda.)</p> <input type="checkbox"/> Empleado - 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"/> Discapacitado <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:

<p>Por favor marque todos los que apliquen: *</p> <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	<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. <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
--	---

<p>¿Es cualquiera de los padres/tutores un trabajador migrante? *</p> <input type="checkbox"/> Sí <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 <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). <input type="checkbox"/> Los padres/tutores han sido encarcelados. <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. <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	<p>¿Algún padre/tutor ha fallecido? *</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Seleccione todos los apoyos que su familia está recibiendo actualmente: *</p> <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: _____
--	--	--

<p>Marque todo lo que se aplica a su familia: *</p> <input type="checkbox"/> Actualmente estamos experimentando la falta de vivienda. <input type="checkbox"/> Compartimos nuestra vivienda con otra(s) persona(s). <input type="checkbox"/> Nos hemos mudado más de dos veces en 3 años. <input type="checkbox"/> Nos hemos mudado 2 o más veces en un año. <input type="checkbox"/> Actualmente estamos viviendo en una vivienda temporal/de transición.	<input type="checkbox"/> Vivimos o hemos vivido en un campo de refugiados. <input type="checkbox"/> Vivimos o hemos vivido en un campamento/motel/refugio. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <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
<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrastró <input type="checkbox"/> Abuelo/a <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/tutor soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viviendo juntos, no casados <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. <input type="checkbox"/> Uno de los padres era menos de 20 años cuando nació su primer hijo. <input type="checkbox"/> Ambos padres tenían 20 años o mayor cuando tuvieron su primer hijo. <input type="checkbox"/> Edad de padre(s) cuando el primer hijo nació es desconocida.
¿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>Genero*</p> <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> <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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<p>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				<p>Dominio del inglés*</p> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Suajili <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No aplicable/aún no verbal		<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"/> Preescolar de la División de Escuelas Públicas <input type="checkbox"/> Mixed Delivery <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 <input type="checkbox"/> No		<p>Es el niño (seleccione todas las que correspondan): *</p> <input type="checkbox"/> Actualmente en cuidado de crianza (foster care) <input type="checkbox"/> Anteriormente en cuidado de crianza (foster care) <input type="checkbox"/> Actualmente en cuidado de parentesco (kinship care) <input type="checkbox"/> Esta siendo 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	
---	--	--	--	--	--

- 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.)