

# Skagit/Islands Head Start

Central Office: 320 Pacific Pl. Mount Vernon  
Phone (360) 416-2580 Text (360) 499-6431  
www.sih.s.kagit.edu

Gracias por su interés en Skagit/Islands Head Start (SIHS)! Nuestro programa se enorgullece en ofrecer servicios integrales de aprendizaje temprano sin costo alguno para las familias que califican y que viven en el condado de Skagit y las Isla de Whidbey y San Juan.

## OPCIONES DEL PROGRAMA

### Early Head Start (Provee servicios todo el año)

- Niños de 2-3 años.
- Horario escolar: 7 horas diarias de lunes a jueves.

### Head Start preescolar (septiembre-junio)

- Niños de 3 o 4 años y no más de 5 años antes del 31 de agosto de 2024.
- Horario escolar: 7 horas diarias de lunes a jueves.
- Horario de medio tiempo: 3.5 horas diarias de lunes a jueves (sólo West View).

## CÓMO CALIFICAR

Su hijo y su familia pueden ser elegibles de muchas maneras. A continuación, se indican los requisitos típicos.

- **Ingresos limitados:** los ingresos familiares están por debajo de las Directrices Federales de Pobreza.

Income Eligible - 100% of Federal Poverty Level			
Family Size	At or Below	Family Size	At or Below
1	\$15,060	5	\$36,580
2	\$20,440	6	\$41,960
3	\$25,820	7	\$47,340
4	\$31,200	8	\$52,720
<i>*For each additional person after 8, add \$5,380</i>			

- **Recibiendo asistencia pública:** Si un miembro de su familia está recibiendo asistencia pública actualmente, incluyendo las ayudas alimentarias SNAP, TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario).
- **Cuidando de un niño adoptado.**
- **Situación de vida temporal** (según la Ley de Asistencia McKinney-Vento).

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para determinar si su familia califica, proporcione los siguientes documentos:

- **Prueba de la fecha de nacimiento del niño (certificado de nacimiento, o registro de nacimiento del hospital)**
- **Prueba de asistencia pública o documentación de ingresos**
  - ✓ Declaración de impuestos del 2023, como la forma 1040/W2(s) junto con el talón de pago más reciente de los padres en el hogar.
  - ✓ Carta de beneficios de SNAP o imagen de la aplicación/sitio web en la que aparezca el nombre, la fecha actual y cantidad de los beneficios.
  - ✓ Carta de beneficios de TANF/SSI

## PRÓXIMOS PASOS

1. Devuelva la solicitud con la verificación requerida por correo electrónico a [sihs@skagit.edu](mailto:sihs@skagit.edu) o en persona en nuestra oficina central o en su centro local.
2. Los miembros del personal revisarán su solicitud para determinar si cumple los requisitos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto para solicitarle documentación adicional.
3. Si reúne los requisitos, un miembro del personal se pondrá en contacto con usted para programar una cita y reunirse con usted en su centro local.

## NUESTROS CENTROS

### MOUNT VERNON

SIHS Central Office  
320 Pacific Place

Child and Family Learning Center (CFLC)  
1919 N. LaVenture Rd.

Sue Krienen Early Learning Center (SKELC)  
2011 N. LaVenture Rd.

Jefferson Head Start  
1801 E. Blackburn Rd.

Washington Head Start  
1020 McLean Rd.

SEDRO WOOLLEY  
Sedro Woolley Head Start  
1011 McGarigle Rd.

### BURLINGTON

Westview Head Start (part day only)  
515 W. Victoria Ave.

Burlington Head Start  
1575 S. Burlington Blvd.

### OAK HARBOR

Oak Harbor Early Learning Center  
1080 NE 7th Ave.

Whidbey Early Head Start  
151 SE Midway Blvd.

### FRIDAY HARBOR

San Juan Head Start  
97 Grover St.

Skagit/Islands Head Start is a department of Skagit Valley College

**SVC** | Skagit Valley College

En sus programas y contratación laboral, Skagit Valley College fomenta un ambiente libre de drogas y no discrimina por motivos de raza, color, credo, religión, origen nacional, sexo, orientación sexual o identidad de género, embarazo, información genética, edad, estado civil, discapacidad, condición de veterano dado de baja honorablemente o situación militar. Si necesita adaptaciones para personas con discapacidad para un evento de SVC, contacte a la Oficina de servicios de acceso para personas con discapacidad al correo electrónico [das@skagit.edu](mailto:das@skagit.edu). Si tiene dudas sobre las políticas de no discriminación, contacte a Carolyn Tucker, vicepresidenta asociada de recursos humanos/Igualdad de oportunidades de empleo al teléfono (360) 416-7794 o al correo electrónico [carolyn.tucker@skagit.edu](mailto:carolyn.tucker@skagit.edu). Si tiene dudas sobre el cumplimiento de la política contra conductas sexuales inadecuadas, contacte a la coordinadora del Título IX, Sandy Jordan al teléfono (360) 416-7923 o al correo electrónico [sandy.jordan@skagit.edu](mailto:sandy.jordan@skagit.edu). Dirección postal: 2405 E. College Way, Mount Vernon, WA 98273

# Solicitud de inscripción al programa Head Start para Skagit y las Islas

320 Pacific Place. Mount Vernon, WA. 98273

Teléfono: (360)416-2580 Mensajes de texto: (844) 218-7271 Correo electrónico: sihs@skagit.edu



SECCIÓN A. DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE LEGAL:		APELLIDO LEGAL:	
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	
HISPANO/LATINO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SEGURO MÉDICO: <input type="checkbox"/> Apple Health <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro:		
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco	
IDIOMA PRINCIPAL:		IDIOMA SECUNDARIO:	
SECCIÓN B. DATOS DEL ADULTO PRINCIPAL			
PRIMER NOMBRE:		APELLIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	
RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A) SOLICITANTE:		NÚMERO TELEFÓNICO PRINCIPAL: (incluya el código de área) ¿Podemos enviarle mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HISPANO/LATINO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CORREO ELECTRÓNICO:		NÚMERO TELEFÓNICO SECUNDARIO:
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco	
IDIOMA PRINCIPAL:		¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿VIVE EN CASA PROPIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SITUACIÓN MILITAR: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	
NIVEL DE EDUCACION: <input type="checkbox"/> Preparatoria o menos <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Carrera técnica <input type="checkbox"/> Maestría o Licenciatura		SITUACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo/Temporal <input type="checkbox"/> Ama/o de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado	
SECCIÓN C. DATOS DEL ADULTO SECUNDARIO			
PRIMER NOMBRE:		APELLIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	
RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A) SOLICITANTE:		NÚMERO TELEFÓNICO PRINCIPAL: (incluya el código de área) ¿Podemos enviarle mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HISPANO/LATINO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CORREO ELECTRÓNICO:		NÚMERO TELEFÓNICO SECUNDARIO:
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco	
IDIOMA PRINCIPAL:		¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿VIVE EN LA VIVIENDA FAMILIAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SITUACIÓN MILITAR: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	
NIVEL DE EDUCACION: <input type="checkbox"/> Preparatoria o menos <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Carrera técnica <input type="checkbox"/> Maestría o Licenciatura		SITUACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo/Temporal <input type="checkbox"/> Ama/o de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado	
SECCIÓN D. DATOS SOBRE LA FAMILIA			
NÚM. DE ADULTOS EN LA FAMILIA:		NÚM. DE NIÑOS EN LA FAMILIA:	
ESTIMADO DE INGRESO ANUAL :		\$	

<b>DOMICILIO DE RESIDENCIA:</b> Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	<b>DOMICILIO POSTAL:</b> <input type="checkbox"/> N/A - MISMO QUE EL DE RESIDENCIA Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
<b>TIPO DE FAMILIA:</b> <input type="checkbox"/> Un padre/tutor <input type="checkbox"/> Un padre/tutor que vive con su pareja <input type="checkbox"/> Familia adoptiva o colocación relativa <input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en la misma casa <input type="checkbox"/> Custodia compartida/dos hogares	<b>¿SU FAMILIA RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS?</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro social <input type="checkbox"/> TANF (apoyo en efectivo) <input type="checkbox"/> SSI (seguridad de ingreso suplementario) <input type="checkbox"/> SNAP/EBT <input type="checkbox"/> WIC

**SECCIÓN E. DATOS SOBRE LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL (LA) NIÑO(A)**

<b>¿SU HIJO(A) ASISTE A UNA GUARDERÍA CON LICENCIA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, indique el nombre:	<b>INSCRIPCIÓN PREVIA:</b> (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP <input type="checkbox"/> Programa del distrito escolar
<b>¿SU HIJO(A) RECIBE ATENCIÓN PARA TRATAR UNA DISCAPACIDAD DIAGNOSTICADA?</b> <input type="checkbox"/> Sí (IEP, IFSP, terapia privada) <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿quién le proporciona los servicios?	<b>¿TIENE ALGUNA PREOCUPACION CON RESPECTO AL DESARROLLO DE SU HIJO(A)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor explique:
<b>¿SU HIJO(A) PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD?</b> (alergias, asma, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, explique:	<b>¿TIENE ALGUNA PREOCUPACION CON LA SALUD DE SU HIJO(A)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, explique:
<b>¿SU HIJO(A) TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, explique:	

**SECCIÓN F. DATOS SOBRE LOS INGRESOS FAMILIARES**

NOMBRE Y APELLIDO (Otros miembros del hogar que no se hayan mencionado en las secciones A, B, y C)	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A) SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO

**SECCIÓN G. PREOCUPACIONES EN LA FAMILIA**  
(Indique si tiene alguna preocupación con respecto a las siguientes cuestiones para su hijo(a) y/o su familia)

<input type="checkbox"/> Actualmente estamos recibiendo atención por parte de los Servicios de Protección a Menores (CPS) o de la Respuesta de Evaluación Familiar (FAR)	<input type="checkbox"/> ¿En los últimos 12 meses, ha estado viviendo en una situación de vivienda temporal (hogar de refugio, hotel, vehículo o compartiendo vivienda con otros)?
<input type="checkbox"/> Hemos recibido atención por parte de CPS o FAR en el pasado	<input type="checkbox"/> Adoptamos al (la) niño(a) de un orfanato o de un familiar
<input type="checkbox"/> Uno de los miembros del hogar tiene una discapacidad o alguna condición crónica física o mental	<input type="checkbox"/> Problemas de drogas, alcohol o abuso de sustancias en el hogar.
<input type="checkbox"/> La familia es nueva en el área en los últimos 12 meses y/o tiene un sistema de apoyo limitado.	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar.
<input type="checkbox"/> Uno de los padres del (la) niño(a) está en prisión o en libertad condicional	<input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (fallecimiento, abandono o deportación)
<input type="checkbox"/> Otro:	

**¿CÓMO SE ENTERO DEL PROGRAMA?**  
 Amigo/familiar     Búsqueda en internet     Publicación de Facebook     Folleto     Clínica de servicios médicos  
 Evento comunitario     Otro:

Declaro que la información que he puesto en la aplicación es correcta y verdadera. Comprendo que, en caso de proporcionar información falsa o errónea sobre mis ingresos de forma intencional, podría descalificar a mi familia del programa. Comprendo que esta solicitud no estará completa hasta que presente toda la documentación requerida, incluyendo la verificación de ingresos.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_