

# Skagit/IslandsHeadStart

## APLICACION DE ELEGIBILIDAD

Gracias por su interés en Skagit / Islands Head Start & ECEAP (SIHS). Nuestro programa es gratis y brinda servicios de educación y apoyo familiar para mujeres embarazadas y niños desde recién nacidos hasta los cinco años. Para ser elegibles necesitan vivir en el área de servicios del condado de Skagit, Island y San Juan.

### REQUISITOS

#### Elegibilidad de edad

- Mujeres embarazadas y niños recién nacidos hasta tres años son elegibles para Early Head Start (EHS)
- Niños que tienen 3 o 4 años de edad y no más de 5 años antes del 31 de agosto de 2022 son elegibles para el precolar de Head Start (PHS)

#### Elegibilidad de ingresos

Los servicios están disponibles si su familia vive en o debajo de las Pautas Federales de Pobreza actuales

100% Elegible por ingresos bajo el nivel de pobreza federal			
Tamaño de familia	Al nivel o bajo de los ingresos	Tamaño de familia	Al nivel o bajo de los ingresos
1	\$13,590	5	\$32,470
2	\$18,310	6	\$37,190
3	\$23,030	7	\$41,910
4	\$27,750	8	\$46,630

*\*Después de 8 agregue \$ 4,720 por cada miembro de familia*

130% + Por encima de los ingresos de pobreza federal			
Tamaño de familia	Al nivel o bajo de los ingresos	Tamaño de familia	Al nivel o bajo de los ingresos
1	\$17,667	5	\$42,211
2	\$28,803	6	\$48,347
3	\$29,939	7	\$54,483
4	\$36,075	8	\$60,619

*\*Después de 8 agregue \$6,136 por cada miembro de familia*

#### Categoría de elegibilidad

La elegibilidad se otorga si su familia cumple CUALQUIERA de las siguientes categorías:

- El niño que se va a inscribir está en cuidado de crianza.
- Experimenta la falta de vivienda (falta de vivienda fija, regular y adecuada)
- Si continuamente recibe beneficios de asistencia pública incluyendo SNAP, TANF (asistencia temporal para familias en necesidad) o SSI (seguridad de ingreso suplementario)

### DOCUMENTOS REQUERIDOS

Junto con su solicitud completa, se requiere la siguiente documentación:



**Comprobante de la edad de su hijo** (certificado de nacimiento, registro de nacimiento del hospital, documentos de adopción)



**Comprobante de TODOS los ingresos familiares de los últimos 12 meses.** (Declaración de impuestos 1040, W2, talones de pago, LES, declaración del empleador, documentos SNAP, TANF o SSI)



**Prueba de tutela** (si corresponde: Acuerdo de colocación de DCYF, documentos judiciales)  
**Prueba de manutención infantil** (si corresponde: orden judicial, carta, etc.)

### CÓMO APLICAR

- Visite nuestro sitio web en [www.sih.s.kagit.edu](http://www.sih.s.kagit.edu) y haga clic en el enlace "Aplicar ahora". (disponible solo para familias que nunca han aplicado)
- Complete esta solicitud electrónica y envíela por correo electrónico a [mv@sihs.kagit.edu](mailto:mv@sihs.kagit.edu)
- Solicite un sobre con estampilla prepagada para enviar su solicitud y los documentos requeridos por correo regular.
- Entregar en persona en el centro más cercano (envíe un mensaje de texto al 360-499-6431 para que le enviemos información del horario de oficina)

### CONTÁCTENOS



Teléfono (360) 416-7590



Texto (844) 218-7271



Correo electrónico  
[mv.sih.s@skagit.edu](mailto:mv.sih.s@skagit.edu)

## MODELOS DE PROGRAMA

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

#### Visitas al hogar (Prenatal-3 años)

- Visitas al hogar de 1½ horas una vez por semana.
- Grupos de socialización para padres y niños 2 veces al mes.

#### Programa de combinación de niños pequeños (1-2 años)

- Experiencia en el aula (3 ½ horas) 2 días a la semana.
- Visitas al hogar (1½ horas) dos veces al mes durante todo el año.

#### Aula parcial para niños pequeños (2-3 años)

- Experiencia en el aula (3 ½ horas) 4 días a la semana
- Visitas al hogar (1½ horas) dos veces al mes durante julio y agosto.

#### Aula de día completo para niños pequeños (2-3 años)

- Experiencia en el aula (6 horas) 5 días a la semana.

### Head Start preescolar

#### Aula de medio día (3-4 años)

- Experiencia en el aula (3 ½ horas) 4 días a la semana
- Servicios de septiembre a junio

#### Aula de día completo (3-4 años)

- Experiencia en el aula (6 horas) 5 días a la semana
- Servicios de septiembre a junio

## UBICACIONES DE LOS CENTROS

### BURLINGTON

#### Westview Head Start

515 W. Victoria Ave.

#### Burlington Head Start

(OPENING FALL 2022)

1575 S. Burlington Blvd.

### CONCRETE

#### Concrete Head Start

7838 S. Superior Ave

### MOUNT VERNON

#### Pacific Place Head Start

320 Pacific Place

#### Child and Family Learning Center (CFLC)

1919 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.

#### Good Beginnings Early Head Start

780 Cook Rd.

### OAK HARBOR

#### Hand in Hand Early Learning Center

600 Cherokee St.

#### Whidbey Early Head Start

151 SE Midway Blvd.

#### Oak Harbor Head Start

(OPENING FALL 2022)

1080 NE 7th Ave.

### FRIDAY HARBOR

#### San Juan Head Start

97 Grover St.



Phone (360) 416-7590



Text (844) 218-7271



Email [mv.sih@skagit.edu](mailto:mv.sih@skagit.edu)



Skagit / Islands Head Start es un departamento de Skagit Valley College y ofrece un ambiente libre de drogas y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, orientación sexual o edad en sus programas y empleo.

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

320 Pacific Place. Mount Vernon, WA. 98273

Teléfono: (360)416-7590 Mensajes de texto: (844) 218-7271 Correo electrónico: mv@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"/> Ninguno		FECHA DE PARTO: (SOLO MUJERES EMBARAZADAS)
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 O DE LA MADRE EMBARAZADA			
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 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 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 O LA MADRE EMBARAZADA	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"/> Vivimos en una vivienda temporal (ya sea un refugio, hotel, vehículo o moviéndose constantemente entre los hogares de familiares o amigos)
<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, en el pasado o en el presente
<input type="checkbox"/> La familia es nueva en el área o cuenta con un sistema de apoyo limitado	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar, en el pasado o en el presente
<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:** \_\_\_\_\_