go2grow.org
A READY REGION BLUE RIDGE INITIATIVE

Documentos necesarios para la aplicación

- Comprobante de ingresos
  - Programas preescolares de escuelas públicas (VPI)
    - Proporcione una prueba de ingresos de cada tutor legal que contribuya económicamente al bienestar del niño.
  - Programas Early Head Start, Head Start, Mixed Delivery y/o Becas para alumnos de educación temprana
    - Proporcione una prueba de ingresos de todos los tutores legales que vivan en el mismo hogar que el niño.
  - Documentos preferidos:
    - Declaración de impuestos de 2025 o formularios W2 de 2025 O
    - Colillas de Cheques (deben ser consecutivas)
      - Pago seminal: 4 Colillas de Cheques
      - Pago quincenal: 3 Colillas de Cheques
      - Pago dos veces al mes: 3 Colillas de Cheques
      - Pago mensual: 2 Colillas de Cheques
    - SI NO DISPONE DE ESTOS DOCUMENTOS, póngase en contacto con el director del programa para rellenar los formularios necesarios para verificar sus ingresos.
      - Los programas pueden aceptar una carta o un contrato del empleador en el que se indiquen los ingresos.
      - Si no tiene ingresos, puede completar un "Formulario de ausencia de ingresos" para algunos programas.
    - Documentos necesarios para acreditar otras fuentes de ingresos (verificación de SSI, TANF y/o SNAP, manutención infantil/pensión alimenticia prestaciones de la seguridad social, prestaciones por desempleo, subsidies militares)
- Prueba de vivienda (se requiere un documento de cada lista para los programas Head Start, Early Head Start y programas presecolares de escuelas públicas, beca para estudiantes de educación temprana)

Lista A (1 requerida)	Lista B (1 requerida)
Escritura de Propiedad Extracto Hipotecario Contrato de Arrendamiento Firmado Contrato de Compraventa de Vivienda Declaración Jurada/Carta de Vivienda Compartida	Recibo de Impuestos Pagados Factura de Servicios Públicos (de los últimos 2 meses) Aviso sobre la Conexión de Servicios Públicos Seguro para Propietarios/Inquilinos Recibo Recién de Colilla de Cheque con Dirección Registración de Vehículos

  - NOTA: Esta documentación es necesaria para ser aceptada en ciertos programas y puede retrasar su aplicación si no se incluye. Trabaje con su programa para obtener la Declaración Jurada/Carta de Vivienda Compartida si es necesario.
- Certificado de Nacimiento del niño o carta de prueba de nacimiento
  - NOTA: Esta documentación es necesaria para ser aceptada en ciertos programas y puede retrasar su aplicación si no se incluye.
- Copia de la identificación del adulto principal
- Registros de custodia, documentación del IEP/IFSP o información sobre discapacidades, si procede.

go2grow.org

A READY REGION BLUE RIDGE INITIATIVE

Muchos de los programas que se ofrecen a través de esta aplicación se basan en los ingresos y las necesidades. Su información se mantendrá confidencial. Como parte de nuestro compromiso de ayudarle a encontrar un servicio de cuidado infantil que se adapte a las necesidades de su familia, su aplicación puede compartirse con otros programas relacionados para los que usted pueda ser elegible. El envío de esta aplicación no garantiza la asignación o inscripción en ningún programa. Si necesita ayuda en llenar esta aplicación, envié un correo electrónico a help@go2grow.org o mensaje de texto al 434-326-5396.

La aplicación es para el (seleccione una opción):

- ☐ Año escolar 2025-26
- ☐ Año escolar 2026-27

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

- _____ Programas preescolares de las escuelas públicas del Condado de Albemarle (niños de 3 a 4 años)
- _____ Programas preescolares de las escuelas públicas de la Ciudad de Charlottesville (niños de 3 a 4 años)
- _____ Programas preescolares de las escuelas públicas del Condado de Nelson (niños de 4 años)
- _____ Mixed Delivery de UWGC (niños de 0 a 4)
- _____ Early Head Start (niños de 0 a 2 años)
- _____ Head Start (niños de 3 a 4 años)
- _____ Beca para aprendices tempranos a través de UWGC (0-4 años)

*Se requiere respuesta para procesar la aplicación.

Información del padre/madre/tutor principal:

El tutor principal es la persona con la que nos pondremos en contacto en relación con esta aplicación y debe ser el tutor legal del niño o tener su custodia. Esta información se utilizará para crear su cuenta en SchoolMint, nuestro sistema de aplicación Go2Grow. Recibirá un correo electrónico una vez que información se haya introducido en el sistema.

Primer Nombre *	Apellido *	Sufijo

Correo Electrónico *	Teléfono Móvil *	Principal otro teléfono

☐ Deseo recibir comunicaciones por mensaje de texto al número de teléfono móvil proporcionado anteriormente.

Información sobre el niño:

Primer Nombre *	Segundo nombre *	Apellido *

Mes de nacimiento *	Día de nacimiento *	Año de nacimiento *

Grado al que se postula: *	Dirección principal de la casa *
☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año ☐ 0 años	

Ciudad *	Estado *	Código postal *

Género *	Raza (Marque todas las opciones que correspondan.) *	Hispano/Latino *
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no revelar ☐ Otro: _____	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano/isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Sí ☐ No

Información del padre/madre/tutor principal:

Mes de nacimiento *	Día de nacimiento *	Año de nacimiento *

¿Este padre/tutor vive en la dirección física del estudiante? *	☐ Sí ☐ No	Si no es así, indique aquí la dirección:

Género *	Relación con El Niño *	Guardián legal *	Custodia del niño *
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no revelar ☐ Otro: _____	☐ Biológico/Adoptado/Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Otro pariente ☐ Padre/madre de hogar substitute (Foster Care) ☐ Otro: _____	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Educación más alta completada *	Situación laboral (Marque todas las opciones que correspondan.) *	
☐ No termino el bachillerato/preparatoria ☐ Actualmente asistiendo a la escuela secundaria ☐ GED ☐ Graduado de bachillerato/preparatoria ☐ Algo de Universidad o entrenamiento avanzado ☐ Grado Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Doctorado	☐ Empleado – Tiempo completo Lugar de trabajo: _____ _____ ☐ Empleado – Tiempo parcial ☐ Empleado - Estacional ☐ Desempleados ☐ Empleado – Tiempo complete y capacitación ☐ Empleado – Tiempo parcial y capacitación	☐ Entrenamiento o escuela ☐ Discapacitado ☐ Buscando trabajo ☐ Padre que se queda en casa ☐ Jubilado

Raza (Marque todas las opciones que correspondan.) *	Hispano/Latino *	Idioma principal *	Si el Inglés no es su idioma principal, ¿habla Inglés? *
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano/isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Sí ☐ No	☐ Lenguaje de Signos Americano ☐ Árabe ☐ Darí ☐ Inglés ☐ Mandarín ☐ Pastún ☐ Español ☐ Swahili ☐ Otros: _____	☐ Sí ☐ No ☐ Solo un poco

¿Existe un Segundo padre/madre/tutor legal para este niño? *	¿Algún padre/madre/tutor ha fallecido? *
☐ Yes ☐ No Incluya solo a los adultos que sean padres/madre/tutores legales del niño solicitante por relación biológica, matrimonio o adopción. No es necesario que este Segundo adulto resida en el mismo hogar. La información relativa a los adultos que contribuyen al hogar pero que no son padres/tutores legales se introducirá más Adelante. Si un padre/tutor legal no está autorizado a recoger al niño, se deberá adjuntar la documentación correspondiente, como los documentos de custodia.	☐ Sí ☐ No

Información del padre/madre/tutor secundario:

Primer Nombre *	Apellidos *	Sufijo

Género *	Raza (Marque todas las opciones que correspondan.) *	Hispano/Latino *	Idioma principal *
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no revelar ☐ Otro: _____	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano/isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Sí ☐ No	☐ Lenguaje de Signos Americano ☐ Árabe ☐ Darí ☐ Inglés ☐ Mandarín ☐ Pastún ☐ Español ☐ Swahili ☐ Otros: _____

Si el Inglés no es su idioma principal, ¿el padre/madre/tutor secundario habla Inglés?	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) *
☐ Sí ☐ No. ☐ Solo un poco	

Correo electrónico *	Teléfono móvil *	Principal otro teléfono

Dirección principal del domicilio si NO vive con el niño solicitante *	Ciudad *	Estado *	Código postal *

Relación con el niño *

- ☐ Biológico/Adoptado/Padrastro/Madrastra
- ☐ Abuelo(a)
- ☐ Otro pariente
- ☐ Padre/madre de hogar substitute (Foster Care)
- ☐ Otro: _____

¿Contribuye económicamente el padre/madre secundaria al bienestar del niño?

☐ Sí ☐ No

Educación más alta completada *

- ☐ No termino el bachillerato/preparatoria
- ☐ Actualmente asistiendo a la escuela secundaria
- ☐ GED
- ☐ Graduado de bachillerato/preparatoria
- ☐ Algo de Universidad o entrenamiento avanzado
- ☐ Grado Asociado
- ☐ Licenciatura
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado

Situación laboral (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Empleado – Tiempo completo
  Lugar de trabajo: _____
  _____
- ☐ Empleado – Tiempo parcial
- ☐ Empleado - Estacional
- ☐ Desempleados
- ☐ Empleado – Tiempo complete y capacitación
- ☐ Empleado – Tiempo parcial y capacitación
- ☐ Entrenamiento o escuela
- ☐ Discapacitado
- ☐ Buscando trabajo
- ☐ Padre que se queda en casa
- ☐ Jubilado

Información sobre el hogar:

Seleccione todas las opciones que correspondan. *

- ☐ Padre/madre Soltero/a o tutor/a
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado/separado
- ☐ No casado
- ☐ Sin contacto con uno/ambos padres biológicos

Situación militar *

- ☐ Al menos uno de los padres/madres/tutores es veterano del ejército de los Estados Unidos.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores es miembro en servicio active del ejército de los Estados Unidos.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores está desplegado activamente en una zona de combate.
- ☐ Ninguno de las anteriores

¿Algún padre/madre/tutor se ha mudado a Estados Unidos en los últimos tres años?

☐ Sí
☐ No

¿Es cualquiera de los padres/madre/tutores un trabajador migrante? *

☐ Sí
☐ No

Factores relacionados con los padres/tutores (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Al menos uno de los padres/tutores tiene una discapacidad.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores tiene un problema de salud mental.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores tiene un problema de salud crónico.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores tiene dificultades de aprendizaje.
- ☐ Ninguno de las anteriores

Abuso de sustancias (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Al menos uno de los padres/tutores ha abusado de sustancias en el pasado.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores está experimentando abuso de sustancias.
- ☐ Un miembro del hogar está experimentando abuso de sustancias.
- ☐ Un miembro del hogar ha abusado de sustancias en el pasado.
- ☐ Ninguno de las anteriores

¿Está alguno de los padres/tutores encarcelados? (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Al menos uno de los padres/tutores está actualmente encarcelado.
- ☐ Al menos uno de los padres/tutores ha estado encarcelado en el pasado.
- ☐ Un miembro del hogar está actualmente encarcelado.
- ☐ Un miembro del hogar ha estado encarcelado en el pasado.
- ☐ Ninguno de las anteriores

Bienestar y seguridad familiar (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ El niño está sufriendo actualmente abusos o violencia domésticos.
- ☐ El niño está actualmente bajo la tutela de CPS.
- ☐ El niño ha estado expuesto a abuso/violencia doméstica.
- ☐ El niño ha estado en la participación de CPS.
- ☐ Ninguno de las anteriores

Seleccione todos los beneficios que su familia recibe actualmente. *

- ☐ TANF
- ☐ SNAP
- ☐ Subsidio para el cuidado infantil (DSS)
- ☐ VA View
- ☐ WIC
- ☐ SSI
- ☐ Medicaid
- ☐ Ninguno
- ☐ Otros: _____

Vivienda familiar (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Actualmente nos encontramos sin hogar.
- ☐ Compartimos nuestra vivienda con otras personas.
- ☐ Nos hemos mudado más de dos veces en 3 años.
- ☐ Nos hemos mudado 2 o más veces en un año.
- ☐ Actualmente vivimos en una vivienda temporal/de transición.
- ☐ Vivimos/hemos vivido en un campo de refugiados.
- ☐ Vivimos/hemos vivido en un campamento/motel/refugio.
- ☐ Ninguno de las anteriores
- ☐ Otros: _____

Si comparte vivienda familiar, ¿elegiría esta situación si el costo no fuera un problema? *

☐ Sí
☐ No

Dificultades de vivienda (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Vivimos sobrepobladas.
- ☐ Nuestra casa necesita reparaciones importantes.
- ☐ Tenemos dificultades para pagar los servicios públicos y/o el alquiler.
- ☐ Ninguno de las anteriores
- ☐ Otros: _____

Necesidades de transporte (Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Yo/nosotros no tenemos transporte confiable/fijo.
- ☐ Yo/nosotros no tenemos licencia de conducir.
- ☐ Yo/nosotros trabajamos más horas que las de un día escolar típico (7:30-2:30).
- ☐ El transporte es un obstáculo para que mi familia lleve y recoja a mi hijo de la escuela.
- ☐ El transporte no es un problema.

¿Cuántas personas viven en la casa? (Incluya a todas las personas que viven en la casa). * _____

¿Cuántos adultos viven en la casa? * _____ ¿Cuántos niños viven en la casa? * _____

Rellene 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? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar *	Fecha de nacimiento *	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	¿Los ingresos de este miembro del hogar contribuyen al bienestar del niño? * ☐ Si ☐ No

(Marque todas las opciones que correspondan.) *

- ☐ Uno de los padres era menor de 20 años cuando nació el niño para el que se presenta la aplicación.
- ☐ Uno de los padres era menor de 20 años cuando nació su primer hijo.
- ☐ Ambos padres tenían más de 20 años cuando nació su primer hijo.
- ☐ Se desconoce la edad de los padres cuando nació su primer hijo.

¿Le han recomendado un programa preescolar que acepta la aplicación go2grow? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Si marco "si", ¿quién lo hizo?

_____

¿Como se enteró de esta aplicación? *

- ☐ Facebook/redes sociales
- ☐ Familia/Amigos
- ☐ Folleto
- ☐ Sitio web de la escuela
- ☐ Referencia escolar
- ☐ Hermano que asistió al programa
- ☐ Letrero de patio
- ☐ Pancartas
- ☐ Evento presencial
- ☐ Ya sabía del programa
- ☐ Otro, por favor especifique: _____

Contacto alternativo (en caso de que no se pueda localizar a el padre/madre/tutores sobre esta aplicación) *

Nombre del contacto alternativo *	Número de teléfono del contacto alternativo *	Correo Electrónico del contacto alternativo
Relación del contacto alternativo con el niño: *	☐ Biológico/Adoptado/Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Otro familiar	☐ Padre/madre de hogar substitute (Foster Care) ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____

Las siguientes preguntas se refieren al niño aplicante:

Idioma principal que habla el niño aplicante *

- ☐ Lenguaje de Signos Americano
- ☐ Árabe
- ☐ Dari
- ☐ Inglés
- ☐ Mandarín
- ☐ Pastún
- ☐ Español
- ☐ Swahili
- ☐ Otros: _____
- ☐ No aplicable/Aún no habla

Dominio del inglés del niño aplicante *

- ☐ Aún no habla
- ☐ Ninguno
- ☐ Poco
- ☐ Moderado
- ☐ Competente

¿El niño aplicante nació prematuro (antes de las 37 semanas) o fue un embarazo de alto riesgo? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿El niño aplicante peso menos de 5 libras al nacer? *

☐ Sí
☐ No

¿El niño aplicante se vio afectado por drogas y/o alcohol durante el embarazo? *

☐ Sí
☐ No

¿El niño aplicante asiste actualmente a un programa formal de cuidado o educación infantil? *

☐ Sí
☐ No

Si es así, ¿dónde? _____

¿Ha asistido anteriormente el niño solicitante a un programa formal de cuidado o educación infantil? *

☐ Sí
☐ No

Si es así, ¿dónde? _____

¿El niño aplicante estaba en lista de espera para el año escolar anterior? *

☐ Sí
☐ No

¿El niño aplicante es hermano de un participante anterior o actual en uno de los siguientes programas? (Marque todas las opciones que correspondan.) *

☐ Head Start/Early Head Start
☐ Preescolar de la División de Escuelas Públicas
☐ Mixed Delivery
☐ Ninguno de las anteriores
☐ Otro: _____

Marque todas las opciones que correspondan para educación especial/intervención temprana: *

☐ 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 deficiencia diagnosticada médicamente (es decir, por un médico o especialista.
☐ El niño aplicante recibe servicios fuera de una división escolar o un programa para bebés y niños pequeños.
☐ El niño aplicante está siendo evaluado para recibir servicios de educación especial.
☐ Ninguno de las anteriores

Si le aplica, describa la discapacidad y/o los servicios y qué áreas del desarrollo se ven afectadas. *

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? *

☐ Sí
☐ No

Si le aplica, describa sus preocupaciones sobre el desarrollo. *

¿El niño tiene algún hermano que esté experimentando dificultades conductuales, sociales y/o académicas? *

☐ Sí
☐ No

Seleccione las respuestas que se apliquen al niño aplicante: *

☐ Actualmente en acogida temporal
☐ Anteriormente en acogida temporal
☐ Actualmente bajo el cuidado de familiares
☐ Criado por un padre/tutor no biológico o no familiar
☐ Ninguno de las anteriores

¿El niño recibe terapia? *

☐ Sí
☐ No

¿El niño sabe ir al baño solo? (Esto no es un requisito para asistir al programa.) *

☐ Sí
☐ No

¿Es el niño víctima de abuso o negligencia? *

☐ Sí
☐ No

¿El niño tiene algún problema de salud crónico o enfermedad terminal y/o diagnóstico, o alergias graves? *

☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, explique cuáles. *

Marque todas las opciones que correspondan al seguro médico del niño aplicante*

☐ Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid
☐ Seguro médico privado
☐ Seguro financiado únicamente por el estado
☐ Sin seguro
☐ Otros: _____

¿A qué escuela primaria asistirá su hijo para el jardín de infancia? _____

¿Hay algo más que desee comunicarnos sobre su hijo o su aplicación? (Opcional)

Al firmar a continuación, entiendo que la aplicación Go2Grow y los programas asociados no discriminan por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad o edad. Toda la información compartida se mantiene privada y segura, y puede utilizarse para comprender y apoyar los esfuerzos de educación temprana en Ready Region Blue Ridge.

Reconozco que entiendo que esto es solo una aplicación y no garantiza la inscripción. Certifica que toda la información y los documentos proporcionados son completos y veraces según mi leal saber y entender, y notificaré a los programas a los que he aplicado de cualquier cambio en mi información. Entiendo que proporcionar información falsa puede dar lugar a la negación de la aplicación mi hijo, y doy mi consentimiento para que mi aplicación se comparta con los programas asociados a Go2Grow.

Firma del padre/madre/tutor principal	Nombre del padre/madre/tutor principal en letra de imprenta	Fecha