

Skyline CAP Head Start

- Serves children 3 and 4 years of age
- School preparation program
- Preschool classes held Monday through Friday
- Family support services provided
- Eligibility includes assessment of family risk and needs assessment
- Income level requirement
- Parent participation

**For more information
call 459-2439
or 540-948-3916, x100.**

Preschool Services In Shenandoah County



- SKYLINE C.A.P. HEAD START
- VIRGINIA PRESCHOOL INITIATIVE
- READING, RHYMING & READINESS
- MIGRANT EDUCATION
- EARLY CHILDHOOD SPECIAL EDUCATION

PLAY IS A CHILD'S WORK

Literacy Volunteers of Shenandoah County Reading, Rhyming and Readiness

- Serves children 2-5 years of age
- Early learning and literacy services
- Early learning assessments
- Weekly early learning group sessions for child with a caregiver
- Bilingual classes offered
- Take-home activities and books
- Caregiver workshops
- In-home services to guide parents in developing their children's skills

**For more information,
Call 540-335-6620.**

Migrant Education

- Serves children 3-21 years of age
- Assists with enrolling children in an educational program
- Serves persons who have resided in the county for less than 3 years
- One parent/guardian is employed in an agricultural/poultry position which is highly mobile, seasonal, or migrant
- Home-school liaison
- Promotes parental involvement

**For more information
Call 540-568-3666.**

Shenandoah County Public Schools Early Childhood Special Education

- Serves children 2-4 years of age
- Screens to determine if delays or disabilities that require special education services are present
- Individualized Educational Plans (IEP)
- IEP may recommend home-based instruction, center-based and inclusive classrooms, hearing, vision, family support or other services

**For more information
Call 540-459-4121.**

Shenandoah County Public Schools Virginia Preschool Initiative

- Serves 4-yr-old children
- School preparation program
- Preschool classes follow public school schedule
- Family support services provided
- Eligibility includes assessment of family risk and needs assessment
- Public school transportation
- Parent participation

**For more information
Call 540-459-4121.**

**Ages are based on status
as of September 30**

Skyline CAP Head Start

- Servicios para niños entre 3 y 4 años de edad
- Programa de preparación escolar
- Clases preescolares de lunes a viernes
- Servicios de apoyo a la familia
- Para ser elegible necesita una evaluación del riesgo de la familia y de las necesidades.
- Evidencia de ingreso
- Participación de los padres

**Para más información
Llame a 540-459-2439
o 540-948-3916, x100.**

Servicios Preescolares en El Condado de Shenandoah



- SKYLINE C.A.P. HEAD START
- LA INICIATIVA PREESCOLAR DE VIRGINIA
- READING, RHYMING Y READINESS
- EDUCACION MIGRANTE
- EDUCACION ESPECIAL DE LA NIÑEZ TEMPRANA

**JUGAR ES
EL TRABAJO
DE LOS NIÑOS**

Literacy Volunteers of Shenandoah County Lectura, Rimando, y Preparación (Reading, Rhyming, & Readiness)

- Servicios para niños entre 2 y 5 años de edad
- Aprendizaje temprano y servicios de alfabetismo
- Evaluación de aprendizaje temprano
- Secciones de grupo semanal de aprendizaje temprano para niños con el padre/guardián
- Clases bilingües
- Actividades y libros para la casa
- Talleres para los padres/guardianes
- Servicios en casa para guiar los padres en el desarrollo de las habilidades de sus niños.

**Para más información
Llame a 540-335-6620.**

EL Programa de Educación Migrante (M.E.P.)

- Servicios para niños entre 3 y 21 años de edad
- Ayuda a inscribir a los niños en un programa educativo
- Ayuda a personas que han vivido en el condado por menos de 3 años.
- Un padre/guardián tiene que trabajar (o haber trabajado) en una planta de pollo o otro tipo de trabajo con un producto vivo.
- Enlace entre hogar y escuela
- Promueve la participación de los padres

**Para más información
Llame a 540-568-3666.**

Shenandoah County Public Schools Educación Especial de La Niñez Temprana (Special Education)

- Servicios para niños entre 2 y 4 años de edad
- Determina si el/la niño/a tiene retraso en su desarrollo o una discapacidad que requiere educación especial
- Plan Educativo Individualizado (IEP)
- IEP puede recomendar instrucción en casa, clases inclusivos en el centro, oído, visión, apoyo a la familia y otros servicios

**Para más información
Llame 540-459-4121.**

**Las edades están basadas
en la edad de los niños a
partir del 30 de Septiembre**

Shenandoah County Public Schools La Iniciativa Preescolar de Virginia (V.P.I.)

- Servicios para niños de 4 años de edad
- Programa de preparación escolar
- Clases preescolares de acuerdo con el horario de la escuela pública.
- Servicios de apoyo a la familia
- Elegibilidad por una evaluación del riesgo de la familia y las necesidades.
- Transportación será proveída por la escuela pública
- Participación de los padres

**Para más información
Llame a 540-459-4121.**

Shenandoah County Preschool Services
Application Letter with Important Information
PLEASE KEEP THIS COVER SHEET FOR FUTURE REFERENCE

All information provided is kept confidential.

Children must have reached the required age by September 30 of the enrollment year.

INSTRUCTIONS FOR APPLICATION PROCEDURE – If you need assistance or have questions, call any of the numbers below.

- ✓ **Complete the attached application**
- ✓ **Proof of birth: hospital record or birth certificate**
- ✓ **Attach proof of total household income from all sources to the application.**

If you are applying only to have your child's development evaluated , income proof is NOT required.

▪ Please send COPIES of the following:

- W-2s or tax return for the previous year **or**
- Pay check stubs for the last month **or**
- Letter from your employer with income information

If the following income applies we also need verification.

- SSI or SSDI(award letter)
- Cash assistance (TANF) (DSS award letter)
- Child Support (award letter or copy of checks)
- Veteran's Benefits
- Social Security
- Unemployment
- Worker's Comp

- **If you have NO income we must have a letter of support from the person(s) supporting your family.**
- **Please include your child's insurance company and insurance number on the application**

Upon receipt of all of the above needed information you will be notified of your child's status in the program. This could take up to 30 days.

If your address or telephone number changes while waiting to hear from us please call us with the changes.

Please return your application to one of the following addresses:

Skyline CAP Head Start, P. O. Box 588, Madison, VA 22727.

(Fax) 540 948-2264; Main Office: 540-948-3916 ext.100; Shenandoah office: 540-459-2439

Shenandoah County Public Schools, Preschool Coordinator

1251 Susan Avenue, Woodstock, Va 22664 (Office) 540-459-4121 (Fax) 540-459-5965

If you are applying only to have your child's development evaluated , the application needs to be sent to Shenandoah County Public Schools.

Condado de Shenandoah Programas de Preescolar
Información del Formulario de Inscripción
POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA REFERENCIA.

*Toda la información que usted proporciona es mantenida confidencial.
Niños tienen que cumplir años necesario antes del 30 de septiembre del año de inscripción.*

INSTRUCCIONES PARA SEGUIR CON EL FORMULARIO DE INSCRIBIR
– Si necesite asistencia o tiene preguntas, llame cualquiera de los números abajo.

- ✓ **Cumpla el formulario juntado**
- ✓ **Prueba de nacimiento, registro del hospital o certificado de nacimiento**
- ✓ **Sujeta prueba de ingresos totales para toda la familia al formulario.**

Si usted sólo quiere que su niño reciba una evaluación de desarrollo o discurso, comprobación de ingresos NO ES NECESARIO.

Por favor mande COPIAS de lo siguiente:

- El forma W-2 o el retorno de impuestos del año pasado ○
- Los talonarios de pago para el último mes ○
- Carta de empleo con información de ingresos

Si aplique lo siguiente, también necesitamos verificación.

- SSI or SSDI (carta de notificación)
 - Asistencia financiera (TANF) (DSS carta de notificación)
 - Child Support (carta de notificación o copia de cheques)
 - Beneficios de Veteran
 - Seguridad Social
 - Desempleo
 - Worker's Comp
- **Si usted NO tiene ningún ingreso, necesitamos una carta de la(s) persona(s) que apoya a su familia.**
 - **Por favor, incluya la información del seguro de salud para su hijo.**

Después de que recibamos toda la información de arriba, usted será notificado del estado de su niño en el programa. El proceso puede tomar 30 días.

Si su dirección o número de teléfono cambie durante que nos espere, por favor llámenos con los cambios.

Por favor devuelve el formulario a uno de estas direcciones:

Skyline CAP Head Start, P. O. Box 588, Madison, VA 22727.

Fax: 540 948-2264; Oficina central: 540 948-3916 ext 100; Oficina Shenandoah: 540 459-2439

Shenandoah County Public Schools, Preschool Coordinator

1251 Susan Avenue, Woodstock, Va 22664; (Oficina) 540 459-4121 (Fax) 540 459-5965

Si usted sólo quiere que su niño reciba una evaluación de desarrollo o discurso, mande por favor esta aplicación a Shenandoah County Public Schools.

APPLICATION FOR PRESCHOOL SERVICES IN SHENANDOAH COUNTY

Confidential

Date received in office: _____

Please indicate what service(s) you are applying for:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Speech and/or Developmental Screening | <input type="checkbox"/> Migrant Education |
| <input type="checkbox"/> Head Start Classroom | <input type="checkbox"/> Reading, Rhyming, and Readiness Classroom |
| <input type="checkbox"/> Virginia Preschool Initiative Classroom | <input type="checkbox"/> I do not know |

***PART A (*Screening referrals for special education: Complete Part A only.)**

FULL Name of child (Include Middle Initial)	Birth date	Birthplace	Where did you obtain this application?
Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Race	Hispanic: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No	

Mother's or legal guardian name	Father's or legal guardian name
--	--

Relationship to child Parents Grandparents Foster parent
 Other relative Person having legal custody/guardianship

Mailing Address City, State, Zip	Street Address City, State, Zip
--	---

Home Phone # Day Time # Cell #:	If no phone, alternative phone # and name for leaving a message:	Does child have any allergies? If so, explain:
--	---	--

Primary language spoken in the home	What language does the child speak at home?	How well does the child speak English? Not well- Well-None-
--	--	--

Do you have a friend or family member who can translate if needed?
 Name and telephone number, if so: _____

Please indicate any services your child is receiving:

How do you think your child's development compares to children of the same age?
 Please describe your concern if you have one (add a page, if needed):

I authorize Shenandoah County Preschool Services to screen the above named individual in order to determine the best service delivery for my child.
 Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PART B (Complete Parts A & B if you are seeking Head Start, VPI, Reading Rhyming Readiness or Migrant Education)

Household Income (gross) (attach verification) \$ _____/month or \$ _____/year	Race	Hispanic: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No	Who currently provides Childcare for the child?
	Email address		

Directions to your home:

How many years have you lived in this County? _____
Do you have transportation available to get your child to and from the classroom? yes No

What is your child's medical insurance & #? _____
 Doctor: _____ Dentist: _____

EMERGENCY CONTACTS Name & telephone #(other than parents):
 1. _____
 2. _____

**FORMULARIO DE INSCRIPCION CONDADO DE SHENANDOAH PROGRAMAS DE PREESCOLAR
CONFIDENCIAL**

Fecha de recepción en la oficina: _____

Estoy solicitando estos servicios:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Determina si el niño tiene retraso en su desarrollo o una discapacidad | <input type="checkbox"/> El Programa de Educación Migrante (M.E.P.) |
| <input type="checkbox"/> Clase de Head Start | <input type="checkbox"/> Clase de Lectura, Rimando, y Preparacion |
| <input type="checkbox"/> La Iniciativa de Virginia (V.P.I.) en las escuelas | <input type="checkbox"/> No sé. |

***Parte A (*Referido para investigación de habla y si es necesario educación especial: Solamente completas Parte A.)**

<u>Nombre Completa del Niño</u>		<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Lugar de Nacimiento</u>	<u>¿Cómo obtuvo usted esta aplicación?</u>
Niño	Niña	<u>Raza:</u>	<u>Etnia:</u> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<u>Nombre de la madre o guardián legal</u>	<u>Nombre del padre o guardián legal</u>
--	--

Relación al Niño Padres Abuelos Padres de Crianza Otros parientes Persona que tiene custodia legal

<u>Dirección de Correo</u>	<u>Dirección Actual</u>
Ciudad, Estado y Código Postal	Ciudad, Estado y Código Postal

<u>Dirección de Correo de madre si es diferente:</u>	<u>Dirección de Correo de padre si es diferente:</u>
--	--

<u>Número de teléfono en casa #</u>	<u>Si no hay teléfono - Número de teléfono para recados, y nombre:</u>	<u>¿Tiene su hijo/a alergias? Si así, explique:</u>
Numero del día?		
<u>Cell #:</u>		

<u>Idioma principal que se habla en casa</u>	<u>¿Qué idioma habla su hijo/a en casa?</u>	<u>¿Cómo habla su hijo/a el inglés?</u> Bien- No muy bien- Nada-
--	---	--

¿Usted tiene un amigo o a un miembro de la familia que sabe cómo hablar ambos idiomas si necesitó?
Nombre y teléfono, si tan:

Por favor indique los servicios que su niño/a está recibiendo:

¿Cómo usted piensa el desarrollo de su niño compara a los niños de la misma edad?
Si es así explique, por favor (Agregue una página, si necesitó):

Autorizo Servicios Preescolares del Condado de Shenandoah para evaluar a los individuos arriba nombrados determinar la mejor entrega del servicio para mi niño.
Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Parte B (Para los servicios del Head Start, VPI, Reading Rhyming Readiness or Migrant Education. Si así, completas Partes A y B)

<u>Ingresos (ate la verificación):</u> \$ _____/mes or \$ _____/ano	<u>Raza:</u>	<u>Etnia:</u> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>¿Quién cuida del niño ahora?</u>
	<u>Dirección de correo electrónico:</u>		

Describa como llegar a su casa

¿Cuántos años ha vivido usted en este Condado?

¿Tiene usted transporte disponible para llevarle a su niño/a a la escuela? Sí No

¿Cuál es el nombre y # de la protección médica/dental que tiene su niño?

Nombre del médico de su hijo: _____ Nombre del dentista del niños _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA Nombre y telefono (no padres)

1. _____

2. _____

HOUSEHOLD MEMBERS (include all adults and children):

Name	Birth date	Where do you work?	Employer #

Family Characteristics (Current and/or History)

We have limited space and placement is offered according to highest needs.

If a program is not offered initially, the applicant will be placed on the waiting list and receive other referrals.

<input type="checkbox"/> (Check all that apply) Receiving benefits: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> F/R Lunch <input type="checkbox"/> child support, <input type="checkbox"/> DSS Child Care Assistance <input type="checkbox"/> DRS/VEC services, etc.	<input type="checkbox"/> Significant behavior concerns <input type="checkbox"/> speech concerns <input type="checkbox"/> low birth weight or <input type="checkbox"/> nutritional needs
<input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member	<input type="checkbox"/> First Child to School
<input type="checkbox"/> Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied	<input type="checkbox"/> Both parents unemployed
<input type="checkbox"/> Single parent <input type="checkbox"/> incarcerated parent or parent loss by death	Child <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> was in foster care
<input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally)	<input type="checkbox"/> Prior or current Head Start <input type="checkbox"/> VPI or <input type="checkbox"/> Special Education family member
<input type="checkbox"/> Unstable housing <input type="checkbox"/> Overcrowded housing or <input type="checkbox"/> Homeless	<input type="checkbox"/> Prior or current CPS involved (Child Protective Services)
<input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?	<input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)
<input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From	<input type="checkbox"/> English language learner
<input type="checkbox"/> Chronically ill family member (physical, mental, emotional, substance abuse/addiction) Who? What?	<input type="checkbox"/> Parent unable to read/write
<input type="checkbox"/> Own or <input type="checkbox"/> Rent Home– Landlord # _____ & Name: _____ Permission to contact for residency: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months
	<input type="checkbox"/> Is your child toilet trained? (This is NOT a requirement to receive services) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Parents completed level of education: Father: _____ Mother: _____

I understand this is an application ONLY and does not guarantee enrollment in the program. I also understand that I MUST keep Preschool Services informed of any changes of address or phone number. I declare that I have given complete, accurate, and truthful information.

If you check this block you DO NOT want information shared with other preschool programs.

Signature

Date

**Skyline CAP Head Start, P. O. Box 588, Madison, VA 22727.
Fax: 540 948-2264, Office: 540-459-2439 or 540-948-3916, Ext. 100
Shenandoah County Public Schools Preschool, 1251 Susan Avenue, Woodstock, VA 22664;
Fax: 540 459-5965 Office: 540-459-4121**

AAPUNTE LOS MIEMBROS EN CASA (incluya todo adultos y niños)

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Dónde trabaja?	Número de teléfono de empleador

Características de familia (corriente o historia)

El espacio del programa es limitado. La colocación es ofrecida según el necesita más. Si un programa no es ofrecido inicialmente, el solicitante será colocado en la lista de espera y es proporcionado más información para otros programas.

<p>Circulo cada que reciben en el hogar: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> F/R Lunch <input type="checkbox"/> child support <input type="checkbox"/> DSS Child Care Assistance <input type="checkbox"/> DRS/VEC services</p>	<input type="checkbox"/> Alguna persona crónicamente enferma en la familia (física, mental, emocional, abuso de sustancias/adiciones) ¿Quién? ¿Qué?
<input type="checkbox"/> ¿Compró su casa? O <input type="checkbox"/> ¿Alquila su casa? El nombre de propietario y #: _____ ¿El permiso para contactar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Significativos conciernen de conducta <input type="checkbox"/> El discurso <input type="checkbox"/> El peso bajo del nacimiento, <input type="checkbox"/> Las necesidades nutricionales
<input type="checkbox"/> Dos padres desempleados	<input type="checkbox"/> Primero niño para educar
<input type="checkbox"/> El seguro médico que carece para el miembro de la casa	<input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> encarcelado o <input type="checkbox"/> fallecido
<input type="checkbox"/> Inmigrante o refugiado recién? De: _____	<input type="checkbox"/> El niño está <input type="checkbox"/> ha estado con personas adoptivas
<input type="checkbox"/> Sin casa <input type="checkbox"/> Viviendo en residencia temporánea <input type="checkbox"/> Nuestro hogar es demasiado pequeño para el residentes	<input type="checkbox"/> Un hermano/a del niño ha participado en el programa anteriormente? El programa era: _____
<input type="checkbox"/> Movi6 2 o más tiempos en los últimos seis meses	<input type="checkbox"/> Servicios protectores del niño (C.P.S. at D.S.S.)
<input type="checkbox"/> Que grado de la escuela fue terminado dure papa los padres? Padre: _____ Madre: _____	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica (padre/madre a padre/madre, padre a nino, nino a nino)
<input type="checkbox"/> Estudiante inglés de idioma en la casa	<input type="checkbox"/> El niño ha sido abusado (sexualmente, físicamente o emocionalmente)
<input type="checkbox"/> Críe lectura/escritura incapaz (padre o madre)	<input type="checkbox"/> ¿Utiliza el niño pañales? (Esto no es requerido a recibir servicios)
<input type="checkbox"/> La deuda o la incapacidad actuales pagar cuentas mensuales	<input type="checkbox"/> Referencias de alguna agencia de afuera, ¿Quien?

Entiendo que esta es **SOLAMENTE** una aplicacion y no qarantiza matriculacion en el programa. Tambien entiendo que NECESITO informar a Preschool Services si hay algun cambio de direcciono de numero de telefono
 Marque no informacion a otro pre-escolar.

Firma

Fecha

**Skyline CAP Head Start, P. O. Box 588, Madison, VA 22727. Fax: 540 948-2264, Office: 540-459-2439 or 540-948-3916, Ext. 100
 Shenandoah County Public Schools Preschool, 1251 Susan Avenue, Woodstock, Va 22664;
 Office: 540-459-4121 Fax: 540 459-5965**

Shenandoah County Preschool Services
Consent to Exchange Information

I understand that different agencies provide different services. Each agency must have specific information in order to provide services. By signing this form, I am allowing agencies to exchange information so it will be easier for them to work together and to determine which services would be most beneficial and appropriate for me and my family.

I, (parent/guardian) _____, am signing this form for myself and the following person(s): (preschool child) _____ for whom I am legally responsible.

I want the following information to be available regarding the above named individuals:

- a. Assessment Information
 - b. Educational Records
 - c. Medical Records
 - d. Financial Information
 - e. Benefit/Services Needed, Planned or Received
- Other: _____

The following agencies will be allowed to exchange information:

Shenandoah County Public Schools	Shenandoah Memorial Hospital (Valley Health)
Skyline CAP Head Start	Shenandoah Department of Social Services
Migrant Education Program	Reading, Rhyming, and Readiness (RRR)
Infant Toddler Connection (ITC)	Northwestern Community Services Board
Healthy Families	Response, Inc.
Department of Rehabilitative Services/VEC	Shenandoah Alliance for Shelter
Shenandoah County Extension Office	Shenandoah County Pregnancy Center
Free Clinic	University of Virginia
Shenandoah County Health Department	Winchester Memorial Hospital (Valley Health)
Moms In Motion/Precious Time Respite	LFCC/NSVAE-Adult Ed/Workforce Job Center
Physician: _____	Smart Beginnings (for private preschool scholarship)
Translator _____	Child Care Center: _____
Other: _____	

I authorize Shenandoah County Preschool Services to share the information on this application with other early intervention programs that are available in my county, ensuring the best services for my child. I understand that this application does not ensure acceptance into any program.

I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a written note to that effect to the referring agency. This will stop the exchange of information after they know my consent has been withdrawn. I have the right to know what information has been shared. If I ask, each agency will show me this information.

I want all the agencies to accept a copy of this form as a valid consent to share information until child enters Kindergarten.

Parent/Guardian Signature _____ **Date:** _____

**Shenandoah County Preschool Services
Consentir a Intercambiar Información**

Entiendo que diversas agencias proporcionan diversos servicios. Cada agencia debe tener información específica para proporcionar servicios. Firmando esta forma, estoy permitiendo que las agencias intercambiaran la información así que será más fácil que él trabaje junto y determinarse qué servicios serían los más beneficiosos y apropiados para mí y mi familia.

I, (padre/madre/tutor) _____ que firma esta forma para me y el person(s) siguiente:

_____ para quién soy legalmente responsable. Quisiera que la información siguiente estuviera disponible mirando a los individuos arriba nombrados:

- a. Información del evaluación
- b. Expedientes educativos
- c. Asistencia / Los servicios necesitaron, planeado o recibieron
- d. Información Financiera
- e. Los Expedientes Médicos

Las agencias siguientes serán permitidas intercambiar la información:

- Departamento de la Salud del Condado De Shenandoah
- Las Escuelas Públicas del Condado de Shenandoah
- Departamento de los servicios sociales del condado de Shenandoah
- Lectura, Rima, y Preparación (RRR)
- Centro Niños Del Cuidado Del Día: _____
- Healthy Families
- Response, Inc.
- Shenandoah Alliance for Shelter
- Shenandoah County Pregnancy Center
- University of Virginia
- Traductor _____
- Shenandoah Memorial Hospital (Valley Health)
- Otro: _____
- Skyline CAP Head Start
- La Programa Educación Migratoria
- Infant Toddler Connection (ITC)
- Moms In Motion/Precious Time Respite
- Dept. of Rehabilitative Services/Virginia Employment Commission
- Shenandoah County Extension Office
- Free Clinic
- Médico: _____
- Smart Beginnings (private preschool scholarship)
- Winchester Memorial Hospital (Valley Health)
- LFCC/NSVAE-Adult Ed/Workforce Job Center

Autorizo servicios preescolares del condado de Shenandoah para compartir la información sobre este uso con otros programas tempranos de la intervención que estén disponibles en mi condado, asegurar los mejores servicios para mi niño. Entiendo que este uso no asegura la aceptación en ningún programa.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sometiendo una nota escrita a ese efecto a la agencia que se refiere. Esto parará el intercambio de la información después de que sepan que mi consentimiento ha sido aislado. Tengo la derecha de saber se ha compartido qué información. Si pido, cada agencia me demostrará esta información.

Quisiera que todas las agencias aceptaran una copia de esta forma como consentimiento válido para compartir la información hasta que el niño entra en jardín de la infancia.

****Firma de padre/madre/Tutor: _____ Fecha: _____**