

Solicitud de Head Start 2016-2017

| INFORMACIÓN DEL NIÑO (liste todos los niños menores de 5 años) | | | | | |
|---|--|---|--|---|--------------------------------------|
| Primer Nombre: | Apellido: | Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Primer Nombre: | Apellido: | Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Primer Nombre: | Apellido: | Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| DOMICILIO DE RESIDENCIA Y DE CORREO | | | | | |
| Domicilio de residencia: | | Ciudad: | Código Postal: | | |
| Domicilio de correo: (si es diferente) | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: | |
| INFORMACIÓN DEL ADULTO/TUTOR LEGAL | | | | | |
| Primer Nombre: | Apellido: | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza | | | |
| Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | ¿Vive en Casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Correo Electrónico: | | |
| Teléfono de Casa: | | Teléfono Celular: | Teléfono del Trabajo: | | |
| INFORMACIÓN DEL ADULTO/TUTOR LEGAL ADICIONAL | | | | | |
| Primer Nombre: | Apellido: | <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza | | | |
| Fecha de Nacimiento: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | ¿Vive en Casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Correo Electrónico: | | |
| Teléfono de Casa: | | Teléfono Celular: | Teléfono del Trabajo: | | |
| MIEMBROS ADICIONALES EN EL HOGAR Favor de agregar miembros adicionales en una hoja por separado | | | | | |
| Nombre Completo | Sexo | Fecha de Nacimiento | Relación con el niño | ¿Depende del Padre/Tutor legal? | |
| | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| TUTOR LEGAL | | | | | |
| ¿Quién tiene custodia primaria del niño? | <input type="checkbox"/> Ambos Padres | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Agencia de DHS | <input type="checkbox"/> Tutor legal |
| El niño vive con: | <input type="checkbox"/> Ambos Padres | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Padre de Crianza | <input type="checkbox"/> Tutor legal |
| ¿La madre/tutor legal está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Esta solicitud es para un niño de crianza puesto con usted por el estado de Oregon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿El padre/tutor legal es activo en el ejército militar de EEUU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿El padre/tutor legal está participando en entrenamiento del trabajo ó atendiendo un colegio acreditado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |

Solicitud de Head Start 2016-2017

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

¿Su niño recibe servicios del Northwest Regional Education Service District y/o tiene un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP)?

Si ☐ No ☐ Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____

Al firmar esta solicitud usted está dando autorización a Community Action Head Start para verificar esta información.

TRANSFERENCIAS

¿Su niño ha asistido a Head Start en otro condado? (Prueba de inscripción es necesaria) ☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN DE VIVIENDA

Información de vivienda actual: ☐ Dueño ☐ Alquila ☐ Otro (favor de marcar abajo)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En vivienda duplicada ó viviendo con familiares ó amigos debido a dificultades económicas | <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda de transición |
| <input type="checkbox"/> En un motel ó terreno de campamento | <input type="checkbox"/> Albergue (Casa segura de Violencia Familiar ó Domestica) |
| <input type="checkbox"/> Familia Migrante viviendo en alguna de las situaciones arriba | <input type="checkbox"/> En un carro, parque, o espacio público sin agua ó calefacción |

HISTORIA FAMILIAR DE LOS ULTIMOS 12 MESES (marque todo lo que aplique)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Padre ausente debido al servicio militar | <input type="checkbox"/> Violencia domestica | <input type="checkbox"/> Padre adolescente al tiempo de nacimiento del niño |
| <input type="checkbox"/> Hermano actualmente inscrito en Community Action Head Start | <input type="checkbox"/> Padre encarcelado | <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero/a |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿QUE SERVICIOS RECIBE SU FAMILIA?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda Subsidiada | <input type="checkbox"/> WIC ID # _____ | <input type="checkbox"/> ERDC (Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo) |
| <input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) | <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) | # de caso _____ |
| <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia en efectivo) | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) | Horas aprobadas: _____ |

IDIOMA

¿Requiere interpretacion para comprender el Ingles? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, favor de especificar el idioma: _____

TRANSPORTACIÓN

Transportacion es muy limitada y tal vez sea disponible en su area.

¿Si transportacion es disponible, sera en su domicilio de casa? ☐ Si ☐ No

¿Si la respuesta es no, que domicilio será usado? _____

¿Como escucho sobre nuestro programa? _____

¿Fue referido por otro programa de Community Action a nuestros servicios? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿qué programa? _____

Solicitud de Head Start 2016-2017

**Debe incluir documentación de ingresos de los últimos 12 meses de la fecha de esta solicitud.
Por favor provea todo lo que aplique:**

- ☐ Beneficios de Seguro Suplementario/carta de otorgamiento de SSI
- ☐ Carta de otorgamiento de TANF del Departamento de Servicios Humanos
- ☐ Carta de Hogar de Crianza
- ☐ Mas reciente talón de cheque & forma W-2
- ☐ 12 meses de talones de cheques
- ☐ Carta de su empleador indicando las fechas de empleo e ingresos pagados
- ☐ Manutención/Pensión alimenticia
- ☐ Verificación de pagos del desempleo
- ☐ Beneficios de compensación de trabajadores
- ☐ Pago militar
- ☐ Ayuda Financiera para Estudiantes
- ☐ Otro: _____

Ó (si ninguno de arriba aplica)

- ☐ Declaración de Ingresos

DECLARACIÓN DE INGRESOS

La declaración de ingresos es mandatorio si un padre/tutor legal no ha tenido ingresos en los últimos 12 meses.

- ☐ Adulto primario no ha trabajado en los últimos 12 meses
- ☐ Adulto secundario no ha trabajado en los últimos 12 meses

Durante este tiempo mis necesidades fueron proporcionadas por:

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Bajo la pena de perjurio, yo afirmo que a lo mejor de mi conocimiento, toda la información que yo he proveído es completa y correcta. Yo entiendo que si con premeditación distorsiono mi situación familiar, mi familia tal vez no sea elegible para más servicios. Yo autorizo a Head Start para que verifique mis ingresos y circunstancias familiares con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), Northwest Regional Education Service District, con mi empleador y otras fuentes de tercera parte si es necesario. Yo entiendo que mi información demográfica y de contacto puede ser compartida con el distrito escolar al que estoy asignado.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

PARA ENTREGAR SU SOLICITUD CON SU HEAD START DESIGNADO

Si usted vive en Beaverton, Hillsboro, Tigard/Tualatin ó Portland:

Community Action Head Start Enrollment
1001 SW Baseline Street
Hillsboro, OR 97123
Teléfono 503-693-3262
Correo Electrónico headstart@caowash.org
Fax 971-223-6114
www.caowash.org

Si usted vive en Cornelius, Banks, North Plains ó Forest Grove:

Oregon Child Development Coalition Head Start
1389 S Dogwood Street
Cornelius, OR 97113
Teléfono 503-359-0144
Fax 503-359-0710
www.OCDC.net

Solicitud de Head Start 2016-2017

Seleccione una opción de programa para Head Start y/o Early Head Start:

| <input type="checkbox"/> Programa de Head Start de Edad Temprana Basada en el Hogar (prenatal - 3 años) | <input type="checkbox"/> Día Completo/Año Completo (6 semanas- 5 años) | <input type="checkbox"/> Medio Día/Pre-Escolar (3- 5 años) | <input type="checkbox"/> Día Escolar Completo/ Año Escolar Completo (3-5 años) |
|---|---|---|--|
| <p>Nuestro programa basado en el hogar provee visitas semanales al hogar para asistir a los padres como el primer maestro de su hijo utilizando su hogar como un ambiente de aprendizaje. Familias participan en socializaciones mensuales para apoyar al desarrollo de sus hijos y conectarse con otros padres.</p> <p>Mujeres embarazadas son asistidas con el apoyo prenatal temprano para promover embarazos saludables y después del nacimiento los niños hacen una transición hasta llegar al Head Start.</p> | <p>Head Start y Head Start de Edad Temprana provee un programa de día completo año completo de 7:00 am a 5:30 pm lunes a viernes. Los padres deben trabajar 25 horas o más durante las horas del centro. Este programa es fundado por el Departamento de Servicios Humanos (DHS), programa de Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC) y tiene requisitos específicos de ingresos.</p> | <p>Head Start de medio día/pre-escolar es disponible en varias locaciones alrededor del Condado de Washington. Este programa es nueve meses por año, cuatro días a la semana, y tres horas y media por día.</p> | <p>Head Start Preschool Promise es un programa de día escolar completo/año escolar completo proveído a través de la colaboración con los distritos escolares de Hillsboro, Tigard/Tualatin y Sherwood. Los niños asisten un día de 6 horas para apoyar su preparación para la escuela.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Favor de notar que niños deben ser menores de 5 años antes del 9/1/16 para programas pre-escolares. ❖ Oportunidades de inscripción existen para niños con necesidades especiales para todos los programas. ❖ Transportación de autobús es disponible para unos de nuestros sitios. Ubicaciones de las paradas de autobús se revisan anualmente. | | | |

GUÍA DE INGRESOS

Estas guías de ingresos son usadas para determinar elegibilidad para las opciones de programa.

*Oportunidades de inscripción limitadas para familias en esta categoría.

| Para una familia de: | Ingreso Anual 100% | Ingreso Anual 130% | Ingreso Anual Arriba del 130%- 200%* |
|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 2 | \$16,020 | \$20,826 | \$32,040 |
| 3 | \$20,160 | \$26,208 | \$40,320 |
| 4 | \$24,300 | \$31,590 | \$48,600 |
| 5 | \$28,440 | \$36,972 | \$56,880 |
| 6 | \$32,580 | \$42,354 | \$65,160 |
| 7 | \$36,730 | \$47,749 | \$73,460 |
| 8 | \$40,890 | \$53,157 | \$81,780 |
| Por cada persona adicional, agregue: | \$4,160 | \$5,408 | |

Información General

Tenemos que comunicarnos con usted para poder procesar su solicitud. Si cambia su domicilio ó su número de teléfono después de completar esta solicitud, es su responsabilidad de notificar a Head Start. Solamente un padre/tutor legal puede firmar esta solicitud.

Si necesita asistencia para completar la solicitud, por favor llámenos al (503) 693-3262.