

## Solicitud de Inscripciones de Head Start 2017-2018

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 Y DOMICILIO DE RECOGER Y ENTREGAR (si es diferente al de casa)					
Domicilio de residencia:		Ciudad:	Código Postal:		
Domicilio de correo: (si es diferente al de casa)		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Domicilio de recoger y entregar: (si es diferente al de casa)		Ciudad:	Código Postal:		
Notas:					
INFORMACIÓN DEL ADULTO/TUTOR LEGAL					
Primer Nombre:	Apellido:	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre de Crianza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	¿Vive con el niño? <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"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre de Crianza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	¿Vive con el niño? <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

## Solicitud de Inscripciones de Head Start 2017-2018

### INFORMACION ADICIONAL

- ¿La madre/tutor legal está embarazada?  Sí  No Fecha de parto: \_\_\_\_\_
- ¿Esta solicitud es para un niño de crianza bajo su cuidado?  Sí  No
- ¿El padre/tutor legal es activo en el ejército militar de EEUU?  Sí  No ¿Veterano?  Sí  No
- ¿El padre/tutor legal está participando en entrenamiento del trabajo ó atendiendo un colegio acreditado?  Sí  No

### SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

- ¿Su niño recibe servicios del Northwest Regional Education Service District y/o tiene un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP)?
- Sí  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)  Sí  No

### INFORMACIÓN DE VIVIENDA

- Información de vivienda actual:**  Dueño  Alquila  Otro (favor de marcar abajo)
- Compartiendo el hogar con familiares ó amigos debido a dificultades económicas  En un programa de vivienda de transición
- En un motel ó terreno de campamento  Albergue (Casa segura de Violencia Familiar ó Domestica)
- Familia Migrante viviendo en alguna de las situaciones arriba  Cuidado de crianza temporal
- En un carro, parque, o espacio público sin agua ó calefacción

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

- Padre ausente debido al servicio militar  Violencia domestica  Padre adolescente al tiempo de nacimiento del niño
- Hermano **actualmente** inscrito en Community Action Head Start  Padre encarcelado  Padre/Madre soltero/a

### ¿QUE SERVICIOS RECIBE SU FAMILIA?

- Vivienda Subsidiada (HUD, Sección 8)  WIC ID # \_\_\_\_\_  ERDC (Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo)
- SNAP (Estampillas de Comida)  Oregon Health Plan (OHP) # de caso \_\_\_\_\_
- TANF (Asistencia en Efectivo)  Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) Horas aprobadas: \_\_\_\_\_

### IDIOMA

- ¿Requiere interpretación para el Ingles?  Sí  No

### REFERENCIA

- ¿Como escucho sobre nuestro programa? \_\_\_\_\_
- ¿Fue referido por otro programa de Community Action a nuestros servicios?  Sí  No
- Si la respuesta es sí, ¿qué programa? \_\_\_\_\_

# Solicitud de Inscripciones de Head Start 2017-2018

**Los siguientes documentos son usados para verificar elegibilidad. Solicitudes pueden ser demoradas si los documentos no son recibidos.**

**Documentación de uno de los siguientes es necesario para verificar elegibilidad**

- Documentación de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Documentación de familias sin hogar
- Documentación de cuidado de crianza temporal
- Documentación de beneficios de SSI (Ingreso de Seguro Suplementario)

**Si nada de lo anterior aplica necesitamos verificar ingresos usando documentos completos**

- Forma de los impuestos para el año pasado
- Últimos 12 meses de ingresos (incluya talones de cheques, ingreso militar, becas para estudiantes)
- Manutención de hijos/cónyuge
- Carta de empleador indicando salarios pagados y fechas de empleo

**Si no ha recibido ingresos el año pasado, favor de completar la siguiente Declaración de Ingresos.**

## DECLARACIÓN DE INGRESOS

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

Padre/tutor legal, \_\_\_\_\_  
no ha recibido ingresos en los últimos 12 meses.

Durante este tiempo mis necesidades fueron proporcionadas por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:

**Community Action Head Start Inscripciones**

1001 SW Baseline Street

Hillsboro, OR 97123

Teléfono 503-693-3262

Fax 971-223-6114

Correo Electrónico [headstart@caowash.org](mailto:headstart@caowash.org)

[www.caowash.org](http://www.caowash.org)

**Proporcionamos servicios a los residentes del Condado de Washington en el área de Beaverton, Hillsboro, Tigard/Tualatin, Sherwood, y Portland.**

## 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 y otros programas dentro de la agencia.

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Solicitud de Inscripciones de Head Start 2017-2018

### Descripción de Opciones de Servicio (requisitos para inscribirse en cada programa varían)

Programa de Visitas al Hogar de Head Start de Edad Temprana (0-3 años)	Día Completo/Año Completo Head Start de Edad Temprana/Head Start (6 semanas-5 años)	Medio Día ó Día Completo, Año Completo Escolar (3-5 años)
<p>*Nuestro programa de visitas al hogar es un programa de todo el año y provee visitas semanales al hogar para las familias.</p> <p>*El propósito de las visitas al hogar es para promover una relación segura entre padre é hijo y ayuda a los padres a proveer experiencias de aprendizaje temprana de alta calidad en el hogar.</p> <p>*Padres é hijos son proveídos con oportunidades para tiempo de socialización en grupo.</p> <p>*Servicios prenatales también son ofrecidos para las mamás embarazadas inscritas en este programa.</p>	<p>*El programa de día completo/año completo está en sesión 5 días por semana, en Hillsboro, en nuestro centro de desarrollo infantil y está abierto de 7:00am-5:30pm.</p> <p>*Este programa de día completo permite a los padres que trabajan permanecer empleados mientras sus hijos se preparan para la escuela.</p> <p>*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>*El programa de medio día/medio año están en sesión por 3.5 horas por día, 4 días por semana por 9 meses.</p> <p>*Programas de día completo/año completo escolar están en sesión 5 días a la semana para todo el año de las escuelas públicas.</p> <p>*Los niños reciben educación infantil de alta calidad que los prepara para tener éxito en el kindergarten.</p> <p>*Transportación es disponible para unas áreas en este programa.</p>
<p><b>Oportunidades de inscripción existen para niños con necesidades especiales para todos los programas.</b></p>		

## 2017 GUIA 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	\$16,240	\$21,112	\$32,480
3	\$20,420	\$26,546	\$40,840
4	\$24,600	\$31,980	\$49,200
5	\$28,780	\$37,414	\$57,560
6	\$32,960	\$42,848	\$65,920
7	\$37,140	\$48,282	\$74,280
8	\$41,320	\$53,716	\$82,640
Por cada persona adicional, agregue:	\$4,180	\$5,434	\$8,360

**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.**