

## Solicitud de Inscripción para Head Start/Early Head Start

Sirviendo a los residentes del condado de Washington en Beaverton, Hillsboro, Tigard / Tualatin, Sherwood y partes del SW y NW de Portland

### DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD REQUERIDA

**Para que esta solicitud sea procesada, incluya lo siguiente:**

- Comprobante de edad del niño/a:** Acta de nacimiento, o registro del hospital, o registro de vacunas o carta de otorgamiento del OHP, o carta del DHS con nombre y fecha de nacimiento del niño/a
- Ingresos del año pasado:** W2, o declaración de impuestos, o carta de adjudicación de TANF, o carta de adjudicación de SNAP, o carta de adjudicación de SSI, o carta de Colocación de Crianza, o Manutención de menores, o Beneficio de desempleo, o beneficio de VA/GI

#### Información del Niño/a

<b>Niño 1 - Primer Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No Binario
<b>Niño 2 - Primer Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No Binario
<b>¿Con quién viven los niños?</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es) <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivo(s)			
<b>¿Quién tiene la custodia principal de los niños?</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es) <input type="checkbox"/> DHS			

#### Información del Padre/Tutor Legal

<b>Nombre del Padre/Tutor:</b>	<b>Apellido del Padre/Tutor:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No Binario
Idioma principal en casa: _____		Teléfono: _____	
Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		¿Opción de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo Electrónico: _____	
Domicilio (Calle y número de apartamento)		Ciudad	Código Postal
Dirección adicional (indicar qual aplica) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recogida/Entrega		Ciudad	Código Postal
<b>Nombre del padre/tutor:</b>	<b>Apellido del Padre/ Tutor:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No Binario
Idioma principal en casa: _____		Teléfono: _____	
Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		¿Opción de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo Electrónico: _____	
Domicilio (Calle y número de apartamento)		Ciudad	Código Postal

#### ¿Cómo se enteró de los programas de Community Action Head Start y Early Head Start?

- |   |   |                                  |  |
|---|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Evento Comunitario/Feria de Recursos | <input type="checkbox"/> Información por correo | <input type="checkbox"/> DHS     | <input type="checkbox"/> Oficina de Medico/ Dentista |
| <input type="checkbox"/> Publicidad: Boca a boca              | <input type="checkbox"/> Distrito Escolar       | <input type="checkbox"/> WIC     | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____    |
|   | <input type="checkbox"/> Redes Sociales         | <input type="checkbox"/> Folleto |  |

Responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible. Esto nos ayudará a determinar su elegibilidad.

Marcar Sí o No	Sí	No
¿Su familia recibe SNAP (Cupones de Alimentos)?		
¿Su familia recibe TANF (Asistencia en Efectivo)?		
¿Su familia recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)?		
¿Su familia está sin hogar? (según la Ley McKinney Vento – ver más abajo) <b>La Ley McKinney-Vento es para "individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada". (indicar todo lo que aplica)</b>		
<input type="checkbox"/> La familia comparte una casa con familiares o amigos debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda. <input type="checkbox"/> La familia vive en un motel, hotel, parque de casas rodantes o campamento. <input type="checkbox"/> La familia vive en un refugio (familia/violencia doméstica-casa segura/refugio de transición) <input type="checkbox"/> La residencia nocturna principal normalmente no se utiliza como lugar para dormir (por ejemplo, bancos de parque). <input type="checkbox"/> La familia vive en un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda deficiente o estación de autobús/tren.		
<b>¿Alguno de los padres/tutores recibió pago en efectivo en los últimos 12 meses?</b> <b>**En caso afirmativo, complete la Declaración de Ingresos/Sin Ingresos en la página 3.</b> <b>**Si no, envíe la solicitud con el formulario W2, declaración de impuestos, carta de adjudicación de TANF, SNAP, SSI, carta de colocación de crianza, beneficios de desempleo o beneficios VA/GI.</b>		
<b>¿Hubo algún padre/tutor desempleado en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo, complete la Declaración de Ingresos/Sin Ingresos en la página 3.</b>		

Información adicional para niños/familias		
Marcar Sí o No	Sí	No
¿Hay alguna madre/tutor(es) embarazada? <b>**En caso afirmativo, fecha de vencimiento:</b>		
¿A los padres/tutores se les ha diagnosticado alguna condición médica?		
¿Algún padre/tutor fue o es padre adolescente? (ahora o al nacer del primer hijo)		
¿El Inglés es el segundo idioma de tu familia?		
¿Están los padres/tutores actualmente inscritos en la escuela/entrenamiento de trabajo?		
¿Fue recomendado por otro programa dentro de Community Action o otras agencias?		
¿Ya tiene un niño/a en nuestra lista de espera?		
¿Está su hijo/a en transición de otro programa de Head Start?		
¿Es usted una familia anterior de Head Start?		
¿Le falta cuidado de niños?		
¿Está recibiendo servicios del Distrito de Servicios Educativos Regionales del Noroeste (NWRESO) o tiene un Plan de Servicios Familiares Individuales (IFSP)? <b>**En caso afirmativo, el nombre del niño/a:</b>		
¿Está recibiendo servicios a través de Lifeworks Northwest? <b>**En caso afirmativo, el nombre del niño/a:</b>		
¿Está recibiendo servicios a través de otras agencias? <b>**En caso afirmativo, ¿quién?:</b>		
<b>Por favor marque cualquier problema ambiental que afecte a su familia. (indicar todo lo que aplica):</b> <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar inmediato <input type="checkbox"/> Experiencia de encarcelamiento/padre/tutor deportado o refugiado <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Mal uso de sustancia		

Número en la familia: \_\_\_\_\_

Enumere hijos/dependientes adicionales que viven en el hogar (No Solicitantes)				
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el niño/a	Apoyado financieramente por los padres/tutores
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma del Padre/Tutor Legal		
Yo afirmo que a lo mejor de mi conocimiento toda la información que he proporcionado es completa y correcta. Yo entiendo que, si con premeditación distorsiono mi situación familiar, mi familia puede dejar de ser elegible para los servicios. Al firmar esta solicitud, yo autorizo que Community Action Head Start a divulgar esta información al Early Learning Washington County, Distrito Escolar de Beaverton, Distrito Escolar de Hillsboro, Distrito Escolar de Tigard/Tualatin, Distrito Escolar de Sherwood, Oregon Child Development Center, NWRESO, LifeWorks Northwest, otros programas de Head Start, DHS y programas dentro de la Organización de Community Action para el propósito de inscripción.		
<b>Firma del padre/tutor legal:</b>		<b>Fecha:</b>
<b>Uso exclusive de oficina</b>		
<input type="checkbox"/> Consentimiento verbal recibido para la firma del padre/tutor legal.		
<b>Nombre/título del personal:</b>	<b>Firma del personal:</b>	<b>Fecha:</b>

## **Declaración de Ingresos/Sin Ingresos**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor complete las preguntas a continuación:

### **Declaración de Ingresos sin Comprobante de Documentación:**

**Nombre del Padre/ Tutor:** \_\_\_\_\_

¿Recibió ingresos en los últimos 12 meses?  Sí  No – *En caso negativo, pase a Declaración de NO Ingresos.*

En caso afirmativo, ¿cuánto recibió en los últimos 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fuente de sus ingresos? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

### **Declaración de Ingresos sin Comprobante de Documentación:**

**Nombre adicional del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

¿Recibió ingresos en los últimos 12 meses?  Sí  No – *En caso negativo, pase a Declaración de NO Ingresos.*

En caso afirmativo, ¿cuánto recibió en los últimos 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fuente de sus ingresos? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

### **Declaración de NO Ingresos:**

Si **NO** tuvo ingresos en los últimos 12 meses, ¿cómo ha pagado los siguientes costos?

¿Cómo compraste la comida? \_\_\_\_\_

¿Cómo pagaste el alquiler? \_\_\_\_\_

¿Cómo pagó sus facturas o servicios públicos? \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para el programa Community Action Head Start. Entiendo que, si proporciono información falsa, mi participación en el programa puede ser negada o cancelada.

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

#### **Uso exclusive de oficina**

Enrollment Assistant Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ERSEA Supervisor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

**Padre/Tutor Legal:**

Separe esta página antes de enviar la solicitud para sus registros.

**Cómo Aplicar**

Por favor lea esta solicitud y llénela completamente. **La solicitud no puede ser procesada si faltan documentos requeridos de ingresos.**

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Inscripciones al **503-693-3262**. La solicitud completa puede ser entregada a la dirección a continuación.

<b>Ubicaciones de Envío y Entrega de la Solicitud a Community Action</b>		
<b>Hillsboro Multi-Service Center</b> 1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123	<b>Beaverton Multi-Service Center</b> 17933 NW Evergreen Place, Ste 315 Beaverton, OR 97006	<b>Tigard Multi-Service Center</b> 11515 SW Durham Rd. Ste E8 Tigard, OR 97224
<b>O envíenos la solicitud por correo electrónico a: <a href="mailto:headstart@caowash.org">headstart@caowash.org</a> O por fax al: 503-400-3669</b>		

**¿Qué debo de enviar con la aplicación?**

La solicitud complete debe incluir:

- Firma y fecha del Padre/ Tutor
- Prueba de los ingresos del año pasado o dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que presenta la solicitud.
  - **La prueba de ingresos debe ser:**
    - Formularios W-2 o declaraciones de impuestos de ambos padres/tutores si los hijos viven con ambos padres/tutores en el hogar.
    - Carta de adjudicación de TANF, SNAP, o de SSI
    - Manutención infantil
    - Documento de pagos del desempleo
    - Declaración de ingresos escrita del padre/tutor o empleador.
- **Para los niños de crianza temporal**, se debe incluir una carta de Hogar de Crianza. **No se necesita prueba de ingresos.**
- La prueba de edad podría ser un acta de nacimiento, registro de vacunas, tarjeta del OHP, carta del DHS con el nombre y la fecha de nacimiento, o un examen de bienestar infantil con el nombre y la fecha de nacimiento.

**¿Qué sucede después de que la aplicación es recibida por el programa de Community Action Head Start?**

Cuando recibimos una solicitud completa:

- El personal de inscripción le llamara al padre/tutor para verificar la información de elegibilidad.
- El personal de inscripción le enviara una carta al padre/tutor para informarles sobre el estado de la solicitud.
- Cuando tengamos un lugar disponible, el personal de inscripción se comunicará con el padre/tutor para programar el registro.

**Opciones del Programa para Head Start y Early Head Start**

<b>Basado en el Hogar y Prenatal Servicios (Nacimiento-3 años)</b>	<b>Día Completo, Año Completo (6 semanas – 5 años)</b>	<b>Duration (3 – 5 años)</b>
Este programa ofrece visitas semanales en su hogar en Hillsboro, Beaverton, y Tigard/Tualatin junto con grupos de socialización para padres y niños.  Los servicios prenatales también están disponibles para madres embarazadas.	Este programa se ejecuta de Lunes a Viernes durante todo el año en Hillsboro de 7:00a.m. a 5:30p.m.  Debe de calificar a través del DHS <b>Employment Related Day Care (ERDC)</b> requisitos para padres que trabajan.	Este programa se ejecuta de Lunes a Viernes durante 6.75 horas por día y sigue el calendario del año escolar público.
<b>No hay transporte disponible</b>	<b>No hay transporte disponible</b>	<b>El transporte es muy limitado</b>

## OTROS SERVICIOS Y RECURSOS DE COMMUNITY ACTION



**La Calefacción o la Electricidad está Suspendeda**  
Comuníquese con el programa de **Asistencia con los Servicios Públicos** y deje un mensaje: (503) 615-0771

**Asistencia de Emergencia para Comida**  
Para una caja de comida, comuníquese con el **Hillsboro Family Shelter**: (503) 726-0812

**Asistencia para el pago de servicios públicos**  
Contacta el **Asistencia de servicios públicos**:  
(503) 615-0771

**Inscripción al Plan de Salud de Oregón (OHP)**  
Obtenga asistencia gratuita para inscribirse en una cobertura de salud. ¡Podemos ayudarlo a navegar por su cobertura médica sin costo alguno! El Plan de Salud de Oregón (OHP) está abierto a todas las personas, niños y adolescentes independientemente de su estatus migratorio. Podemos ayudarlo a determinar su elegibilidad y responder cualquier pregunta. Contacta el **Sistemas Coordinados** equipo: (503) 726-0877  
Correo electrónico: [ohp@caowash.org](mailto:ohp@caowash.org)

**Desarrollo Profesional para beneficiarios de SNAP**  
Contacta **Family Development** entrenador de carrera  
Correo electrónico: [careerboost@caowash.org](mailto:careerboost@caowash.org)

**Interesado en abrir un negocio de cuidado infantil, brindar cuidado infantil o oportunidades de desarrollo profesional en educación infantil**  
Contacta el **Child Care Resource & Referral (CCR&R)** programa:  
(971) 223-6100  
Correo electrónico: [crr@caowash.org](mailto:crr@caowash.org)

**Clases de Educación Financiera**  
Comuníquese con el programa de **Desarrollo Familiar**:  
(503) 726-0823  
Correo electrónico: [ida@caowash.org](mailto:ida@caowash.org)

**No Tiene/ Falta de hogar**  
Si no tiene hogar o perderá su vivienda en menos de 2 semanas, comuníquese con **Community Connect**: (503) 640-3263

**Prevención de desalojo o retraso en el pago del alquiler**  
Contacta el **Emergency Rent** programa:  
(503) 615-0770, a las 9:00 am los días 8 o 15 del mes. (Si el día 8 o 15 cae en fin de semana, comuníquese con el Lunes siguiente).

**Reparaciones de Calefacción de Viviendas de Salud y Seguridad**  
Contacta el **Energy Conservation** programa:  
(503) 906-6550  
Correo electrónico:  
[weatherization@caowash.org](mailto:weatherization@caowash.org)

**Atención prenatal, apoyo para padres y/o servicios de visitas domiciliarias**  
Contacta el **Help Me Grow** programa:  
(503) 726-0879  
Correo electrónico: [helpmegrow@caowash.org](mailto:helpmegrow@caowash.org)