

Solicitud de Inscripción para Head Start/Early Head Start

Sirviendo a residentes en el Condado de Washington de Beaverton, Hillsboro, Tigard/Tualatin, Sherwood y partes de Suroeste y Noreste de Portland.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ELEGIBILIDAD

Para que esta solicitud sea procesada, por favor incluya lo siguiente

- Prueba de edad del niño:** Acta de nacimiento, **O** registro del hospital, **O** registro de inmunización, **O** carta de otorgamiento de OHP, **O** Carta del DHS con el nombre y fecha de nacimiento del niño
- Prueba de embarazo (si está aplicando para los servicios del Prenatal):** Carta de prueba de embarazo positiva del proveedor de atención médica
- Los ingresos del año pasado:** Declaración de impuestos del año pasado, **O** todo los W-2s del año pasado, **O** documento de pagos del desempleo, **O** Carta de Hogar de Crianza, **O** Carta de otorgamiento de TANF, **O** Carta de otorgamiento de SSI, **O** Manutención, **O** Beneficio de VA, **O** GI Bill, **O** declaración de ingresos por escrito por los padres

Información del Niño o Información Prenatal

Niño 1 - Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Niño 2 - Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Con quién vive el niño(s)? <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) de Crianza			
¿Quién tiene la custodia primaria del niño(s)? <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

Nombre del Padre/Tutor Primario:	Apellido del Padre/Tutor Primario:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en el hogar: _____		Número de Teléfono: _____	
Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		¿Mensajes 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 departamento)		Ciudad	Código Postal
Dirección Postal (Si es diferente de su domicilio)		Ciudad	Código Postal
Dirección de Recogida/Entrega de Autobús Escolar (si es diferente de su domicilio)		Ciudad	Código Postal
Primer Nombre del Padre/Tutor Secundario:	Apellido del Padre/Tutor Secundario:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en el hogar: _____		Número de Teléfono: _____	
Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		¿Mensajes 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 departamento)		Ciudad	Código Postal
Dirección Postal (Si es diferente de su domicilio)		Ciudad	Código Postal

Información familiar

Estatus Parental (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Padre Soltero/a	<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es)	<input type="checkbox"/> Padre Deportado(a) o Refugiados	
<input type="checkbox"/> Padre Fallecido(a)	<input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza	<input type="checkbox"/> Padre/Tutor Embarazada Fecha de Parto: _____		
Información adicional sobre la familia (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica o Abuso de Sustancias		<input type="checkbox"/> Hermano en HS o EHS		
<input type="checkbox"/> Padre/Tutor(es)/fue padre adolescente (al nacimiento del primer niño/a)		<input type="checkbox"/> Transfiriendo de otro Head Start		
<input type="checkbox"/> Referencia de otro programa dentro de la organización de Community Action o otra agencia		<input type="checkbox"/> Inglés es segundo idioma		
<input type="checkbox"/> Padre/Tutor actualmente inscrito en la escuela/entrenamiento de trabajo		<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar inmediato		
<input type="checkbox"/> Hogar afectado por los efectos del COVID-19		<input type="checkbox"/> Experiencia de Encarcelamiento		
¿Cuántas personas viven en su hogar?				
Lista de todas las personas adicionales que viven en su hogar (No Solicitantes):				
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño	Género	Depende del Padre(s)/Tutor(es)
			<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

Información de Elegibilidad

Información Adicional de Elegibilidad (marque todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Recibiendo SNAP <input type="checkbox"/> Recibiendo TANF <input type="checkbox"/> Recibiendo SSI				
Situación Actual de Vivienda:				
<input type="checkbox"/> Dueño/Alquilando una Casa o un Apartamento <input type="checkbox"/> Otros (El Acto de McKinney-Vento – ver más abajo)				
<i>El Acto de McKinney-Vento es "personas que no tienen una residencia nocturna fija, regular y adecuada".</i>				
Marque todo lo que corresponde				
<input type="checkbox"/> Compartiendo el hogar con familiares o amigos debido a dificultades económicas		<input type="checkbox"/> En un motel o terreno de campamento		
<input type="checkbox"/> Albergue (casa segura de Violencia Familiar o Doméstica)		<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal		
<input type="checkbox"/> En un coche, parque, o espacio público sin agua o calefacción		<input type="checkbox"/> En un programa de vivienda de transición		
<input type="checkbox"/> Familia migrante viviendo en algunas de las situaciones arriba				
Información sobre Servicios Adicionales				
1. Recibe servicios del Northwest Regional Education Service District (NWRES D) y/o tiene un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____				
2. Recibe servicios a través de LifeWorks Northwest <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____				
3. Recibe servicios a través de otras agencias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la agencia: _____				
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____				
¿Como se enteró del programa de Community Action 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"/> Redes Sociales	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	
<input type="checkbox"/> Folleto	<input type="checkbox"/> WIC	_____		
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 Distrito Escolar de Beaverton, Distrito Escolar de Hillsboro, Distrito Escolar de Tigard/Tualatin, Distrito Escolar de Sherwood, Oregon Child Development Center, NWRES D, LifeWorks Northwest, otros programas de Head Start, DHS y programas dentro de la Organización de Community Action para el propósito de inscripción.				
Firma del Padre/Tutor Legal:			Fecha:	
Uso de Oficina Solamente:				
<input type="checkbox"/> Due to COVID – 19 Pandemic, verbal consent received for parent/legal guardian signature.				
Staff Name/Title:	Staff Signature:		Date:	

Padre/Tutor Legal:
 Separe esta página antes
 de entregar la solicitud
 para sus archivos.

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.

Ubicaciones de Envío y Entrega de la Solicitud a Community Action		
Hillsboro Multi-Service Center 1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123	Beaverton Multi-Service Center 5050 SW Griffith Dr., Ste 100 Beaverton, OR 97005	Tigard Multi-Service Center 11515 SW Durham Rd. Ste E8 Tigard, OR 97224
O envíenos la solicitud por correo electrónico a: headstart@caowash.org O envíenos la solicitud por fax al: 971-223-6114		

¿Qué debo de enviar con la aplicación?

La solicitud completa debe incluir:

- Esta solicitud debe de incluir la firma y fecha del padre/tutor legal
- 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:
 - W-2's de ambos padres si el niño vive con ambos padres
 - Declaración de impuestos del año pasado
 - Documento de pagos del desempleo
 - Manutención
 - Declaración de ingresos por escrito por el padre(s)
 - Carta de otorgamiento de TANF o de SSI
- Para los niños de crianza temporal, se debe incluir una carta de Hogar de Crianza.
- La prueba de la edad del niño puede ser el acta de nacimiento, registro de inmunización, tarjeta de OHP, carta del DHS con el nombre del niño y fecha de nacimiento, examen físico con el nombre y la fecha de nacimiento del niño.

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

Cuando recibimos una solicitud completa:

1. El personal de inscripción le llamara al padre o tutor legal para verificar la información de elegibilidad cuando sea necesario.
2. El personal de inscripción le enviara una carta al padre/tutor legal para informarles sobre el estado de la solicitud.
3. Cuando tengamos un lugar disponible, el personal de inscripción se comunicará con el padre/tutor legal para programar el registro.

Opciones del Programa para Head Start y Early Head Start

Basado en el Hogar y Prenatal (0-3 años)	Día Completo, Año Completo (6 semanas – 5 años)	Medio Día (3 – 5 años)	Duration (3 – 5 años)
Este programa ofrece visitas a casa semanales para familias en Hillsboro, Beaverton, y Tigard junto con grupos de socialización para padres y niños. Los servicios prenatales también están disponibles para madres embarazadas. No hay transporte disponible	Este programa es de lunes a viernes año-completo en Hillsboro de 7:00am-5:30pm. Tiene Cuidado de Niños Relacionado con requisitos de Empleo (ERDC) para padres que trabajan. No hay transporte disponible	Este programa es de lunes a jueves (con un viernes ocasional) por 3.5 horas cada día ya sea AM o PM opción de clase y sigue el calendario anual de las escuelas públicas. Transportación es disponible, solamente para algunos sitios	Este programa es de lunes a viernes por 6 a 6.5 horas por día y sigue el calendario anual de las escuelas públicas. Hay transporte limitado disponible para algunos sitios

OTROS SERVICIOS Y RECURSOS DE COMMUNITY ACTION



La calefacción o la electricidad está suspendida

Comuníquese con el programa de **Energía y Renta de Emergencia** y deje un mensaje
(503) 615-0771

Asistencia Alimentaria de Emergencia

Comuníquese con el albergue para familias de Hillsboro
(503) 640-3263

Asistencia con el pago de servicios públicos

Comuníquese con el programa de **Energía y Renta de Emergencia**
(503) 615-0771

Inscripción en el Plan de Salud de Oregon (OHP)

Comuníquese con el equipo de **Coordinated Systems**
(503) 726-0877
Correo Electrónico: OHP@caowash.org

Capacitación para profesionales de salud

Comuníquese con un **defensor familiar de Health Careers Northwest**
Correo Electrónico: HCNW@caowash.org

Desarrollo profesional para los beneficiarios

Comuníquese con el **Orientador Profesional para el Desarrollo Familiar**
Correo Electrónico: careerboost@caowash.org

Recursos y Referencias para el Cuidado Infantil

Comuníquese con el programa de **Recursos y Referencias para el Cuidado Infantil (CCR&R)**
(971) 223-6100
Correo Electrónico: crr@caowash.org

Clases de educación financiera

Comuníquese con el programa de **Desarrollo Familiar**
(503) 517-3198

Rent Well: clases de educación de inquilinos

Comuníquese con un **Especialista en Viviendas**
(503) 726-0821

No tiene hogar

Comuníquese con el programa de **Community Connect**
(503) 640-3263

Prevención de desalojo

Comuníquese con el **programa de Ahorro de Energía**
(503) 615-0770
Usted debe tener un aviso de 72 horas y un contrato de arrendamiento en su nombre.

Reparaciones de calefacción de viviendas de salud y de seguridad

Comuníquese con el **programa de Ahorro de Energía**
(503) 906-6550
Correo Electronico: weatherization@caowash.org

Apoyo con el embarazo y la crianza

Comuníquese con el programa de **Help Me Grow**
(503) 726-0879
Correo Electrónico: helpmegrow@caowash.org