

Solicitud de Inscripción para Head Start/Early Head Start

Sirviendo a residentes en el Condado de Washington en 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

Prenatal – Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Fecha del Parto:
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"/> Padre(s) de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es)			
¿Quién tiene la custodia primaria del niño(s)? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es) <input type="checkbox"/> DHS			

Información del Padre/Tutor Legal

Primer Nombre del Padre/Tutor Legal Primario:	Apellido del Padre/Tutor Legal Primario:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en el hogar: _____ Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente			
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de Teléfono Principal:	¿Mensajes de Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico:	¿Mensajes de Correo Electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio (calle y número de departamento)	Ciudad	Código postal	
Dirección postal (si es diferente de su domicilio)	Ciudad	Código postal	
Primer Nombre del Padre/Tutor Legal Secundario:	Apellido del Padre/Tutor Legal Secundario:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en el hogar: _____ Dominio del Inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente			
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de Teléfono Principal:	¿Mensajes de Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico:	¿Mensajes de Correo Electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Domicilio (calle y número de departamento)	Ciudad	Código postal	
Dirección postal (si es diferente de su domicilio)	Ciudad	Código postal	
Estado parental (marque todo lo que corresponde)			
<input type="checkbox"/> Padre soltero/a	<input type="checkbox"/> Tutor(es) legal(es)	<input type="checkbox"/> Padre Deportado	<input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza
<input type="checkbox"/> Padre fallecido	<input type="checkbox"/> Muerte de un Padre	<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Padre Encarcelado

**Community Action Head Start
Washington County, Oregon**

Información familiar

¿Cuántas personas viven en su hogar?	¿Cuántos miembros de la familia apoyas financieramente?
--------------------------------------	---

Lista todas las personas que viven en el hogar:

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"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información adicional sobre la familia (marque todo lo que corresponde)

<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 1er niño)	<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

Información de Elegibilidad

Información de Ingresos

El Ingreso mensual aproximado antes de impuestos es _____ \$

Información adicional de elegibilidad (marque todo lo que corresponde):

Recibe TANF Recibe SSI

Situación Actual de Vivienda

Dueño de Casa Alquilando una casa o un apartamento Otros (El Acto de McKinney-Vento – ver más abajo)

El Acto de McKinney-Vento es "personas que no tienen una residencia nocturna fija, regular y adecuada".

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

- Recibe servicios del Northwest Regional Education Service District (NWRESD) y/o tiene un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP) Sí No
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Recibe servicios a través de LifeWorks Northwest Sí No
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Recibe servicios a través de otras agencias Sí No Nombre de la agencia: _____
Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de transporte

¿Puede proveer su propio transporte a la escuela y de la escuela si es necesario? Sí No Comentarios: _____

Dirección de recogida/entrega (si es diferente de su domicilio)	Ciudad	Código postal
--	--------	---------------

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, y programas dentro de la Organización de Community Action para el propósito de inscripción.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Cómo Aplicar

Por favor lea esta solicitud y llénela completamente. La solicitud no se procesará si faltan documentos de ingresos requeridos. 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	
Centro de Multi-Servicio en Hillsboro 1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123	Centro de Multi-Servicio de Beaverton 5050 SW Griffith Dr., Ste 100, Beaverton, OR 97005
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 complete 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)	Preschool Promise y 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 e niños. Los servicios prenatales también están disponibles para madres embarazadas.	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.	Este programa es de lunes a jueves (con un viernes ocasional) por 3.5 horas cada día sea AM o PM opción de clase y sigue el calendario anual de las escuelas públicas.	Este programa es de lunes a viernes por 6 a 6.5 horas por día y sigue el calendario anual de las escuelas públicas.
No hay transporte disponible	No hay transporte disponible	Transportación es disponible, solamente para algunos sitios	No hay transporte disponible

OTROS SERVICIOS Y RECURSOS DE COMMUNITY ACTION



Recursos de cuidado infantil y remisión

Teléfono: 971-223-6100 o 1-800-624-9516

Correo electrónico: crr@caowash.org

Conexiones tempranas

Apoyo prenatal y para padres

Teléfono: 503-726-0879

Correo electrónico: earlyconnections@caowash.org

Asistencia energética

Teléfono: 503-615-0771

Correo electrónico: energy@caowash.org

Conservación de la energía

Teléfono: 503-906-6550

Correo electrónico: weatherization@caowash.org

Asistencia de alquiler de emergencia

Teléfono: 503-615-0770

Cajas de alimentos

Teléfono: 503-640-3263

Educación financiera

Teléfono: 503-517-3198

Servicios de vivienda y sin hogar

Teléfono: 503-640-3263

Información y remisión

Acerca de los servicios en su Comunidad

Teléfono: 211

Sitio web: www.211info.org