



Sitios de envía y entrega en Community Action	
Centro de Multi-Servicio en Hillsboro 1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123	Centro de Multi-Servicio en Beaverton 5050 SW Griffith Dr., Ste 100, Beaverton, OR 97005
Contáctenos a:	
503-693-3262 • Fax: 971-223-6114 • Correo Electrónico: headstart@caowash.org • Sitio Web: www.caowash.org	

Opciones del Programa para Head Start y Early Head Start

Basado en el Hogar (0-3 años)	Día Completo, Año Completo (6 semanas-5 años)	Medio Día (3-5 años)	Preschool Promise/ Duración (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. 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 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. No hay transporte disponible.
Preferencias de Programa: <input type="checkbox"/> Basado en el Hogar <input type="checkbox"/> Día Completo, Año Completo <input type="checkbox"/> Medio Día <input type="checkbox"/> Preschool Promise/Duración			

Tenemos oportunidades de inscripciones para niños con necesidades especiales para todos los programas.

DOCUMENTACION DE ELEGIBILIDAD	
Acceptamos solicitudes de familias para todos los niveles de ingresos. Los siguientes documentos son requeridos para verificar la elegibilidad. Solicitudes pueden ser regresadas si faltan documentos. Si ninguno de estos documentos es aplicable a usted, complete la declaración de ingresos a continuación.	
Solicitantes Deben Entregar Todo lo que es Aplicable	
Ingresos Relacionados con el Empleo	Otras Fuentes de Ingresos
W2 or Formulario de Impuestos más reciente ○	• Carta de otorgamiento de TANF • Carta de otorgamiento de SSI • Carta de Hogar de Crianza • Manutención/Pensión alimenticia • Becas escolares
Talones de cheque para los últimos 12 meses ○	
Carta del Empleador Verificando Fechas é Ingresos	

DECLARACIÓN DE INGRESOS – Si Ninguno de los Documentos de Elegibilidad Aplican	
La declaración de ingresos es <u>mandatorio</u> si un padre/tutor legal no ha tenido ingresos en los últimos 12 meses.	
<input type="checkbox"/> Padre/Tutor Legal, _____ no ha recibido ingresos en los últimos 12 meses.	Durante este tiempo mis necesidades fueron proporcionadas por: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Otro Padre/Tutor Legal, _____ no ha recibido ingresos en los últimos 12 meses.	

Solicitud de Inscripción Para El Programa De Head Start

Niño Solicitante			
Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:			
Género	Dominio del Inglés del Niño		Idioma Principal en Casa del Niño (Si no es Inglés)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		Idioma Principal: _____ <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido
Quien Tiene Custodia del Niño		Con Quien Vive el Niño	
<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Tutor Legal		<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor Legal	
Niño Solicitante Adicional			
Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:			
Género	Proficiencia del Inglés del Niño		Idioma Principal en Casa del Niño (Si no es Inglés)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Idioma Principal: _____ <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Quien Tiene Custodia del Niño		Con Quien Vive el Niño	
<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Tutor Legal		<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor Legal	
Servicios de Intervención Temprana			
¿Su niño recibe servicios del Northwest Regional Education Service District (NWRESD) y/o tiene un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP) ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del niño solicitante recibiendo servicios: _____			
Domicilio de Vivienda y Correo			
Domicilio de Vivienda:			
Domicilio de Correo: (si es diferente al de vivienda)			
Domicilio de Recoger & Entregar (Si es que hay Transporte Disponible)			
Domicilio de Recoger y Entregar:			
¿Puede Proveer su propio transporte a la escuela y de la escuela si es Necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:			
Información Familiar			
Marque todo lo que Aplique			
<input type="checkbox"/> Padre Soltero/a <input type="checkbox"/> Padre Encarcelado <input type="checkbox"/> Padre Fallecido <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Padre Adolescente en el momento de nacimiento <input type="checkbox"/> Transfiriendo de Otro Head Start <input type="checkbox"/> Padre Actualmente Inscrito en la Escuela/Entrenamiento de Trabajo			
Padre/Tutor Legal			
Primer Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:			
Teléfono Principal:		Correo Electrónico:	
		¿Mensajes de Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Mensajes de Correo Electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación con el Niño	Género	¿Está Embarazada?	Cuál es su Proficiencia de Inglés
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ ¿Requiere Interpretación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente Idioma Principal en Casa (Si no es Inglés) Idioma Principal: _____ <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Información Adicional			
¿Está esta persona activamente prestando Servicio Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta Persona es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Solicitud de Inscripción para el Programa de Head Start

Adicional Padre/Tutor Legal

Primer Nombre:		Apellido:		Fecha de Nacimiento:	
Teléfono Principal:		Correo Electrónico:		¿Mensajes de Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Mensajes de Correo Electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación con el Niño	Género	¿Está Embarazada?		Cuál es su Proficiencia de Inglés	
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Padre		¿Requiere Interpretación?		Idioma Principal en Casa (Si no es Inglés)	
<input type="checkbox"/> Tutor Legal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma Principal: _____	
<input type="checkbox"/> Padre de Crianza				<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	
Información Adicional					
¿Está esta persona activamente prestando Servicio Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta Persona es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Niños Adicionales y Adultos en el Hogar

Nombre Completo	Género	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño	¿Depende del Padre/Tutor?
	<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 Sobre La Vivienda

Situación Actual de Vivienda		
<input type="checkbox"/> Dueño de Casa <input type="checkbox"/> Alquilando una Casa ó Departamento <input type="checkbox"/> Otro (por el acto McKinney-Vento – ver lo siguiente) <i>El acto McKinney-Vento es para "Individuales Que Carecen de una Residencia Nocturna Fija, Regular, y Adecuada."</i>		
<input type="checkbox"/> Compartiendo el hogar con familiares ó amigos debido a dificultades económicas <input type="checkbox"/> En un motel ó terreno de campamento <input type="checkbox"/> Familia Migrante viviendo en alguna de las situaciones arriba <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda de transición	<input type="checkbox"/> Albergue (Casa segura de Violencia Familiar ó Domestica) <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal <input type="checkbox"/> En un carro, parque, o espacio público sin agua ó calefacción	

¿Que Servicios Recibe su Familia?

<input type="checkbox"/> Vivienda Subsidiada (HUD, Section 8)	<input type="checkbox"/> WIC # de 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)	

¿Como Escucho Sobre Nuestro Programa?

<input type="checkbox"/> Sitio Web de Community Action <input type="checkbox"/> Distrito Escolar/Recurso del Distrito <input type="checkbox"/> NWRESO <input type="checkbox"/> DHS o Agencia de Bienestar Infantil <input type="checkbox"/> Oficina de WIC	<input type="checkbox"/> Oficina de Doctor Donde _____ <input type="checkbox"/> Complejo de Departamentos <input type="checkbox"/> Evento Organizado <input type="checkbox"/> Iglesia Local/Afiliación Religiosa	<input type="checkbox"/> Referencia de Community Action Que Programa _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Head Start <input type="checkbox"/> Padre de Head Start <input type="checkbox"/> Otra Fuente: _____
--	--	---

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. Esta solicitud es válida por un año a partir de la fecha en que sea firmada.

Solamente el Padre/Tutor Legal puede firmar la solicitud.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____

OTROS SERVICIOS Y RECURSOS DE COMMUNITY ACTION



Recurso y Referencia de Cuidado de Niños

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

Correo Electrónico: ccrr@caowash.org

Early Connections

Servicios Prenatales y Apoyo Familiar

Teléfono: 503-726-0879

Correo Electrónico: earlyconnections@caowash.org

Asistencia de Energía

Teléfono: 503-615-0771

Correo Electrónico: energy@caowash.org

Conservación de Energía

Teléfono: 503-906-6550

Correo Electrónico: weatherization@caowash.org

Asistencia con Renta de Emergencia

Teléfono: 503-615-0770

Educación Financiera

Teléfono: 503-517-3198

Cajas de Comida

Teléfono: 503-640-3263

Servicios de Vivienda & Refugios

Teléfono: 503-640-3263

Información & Referencia

Sobre Servicios en Su Comunidad

Teléfono: 211

Sitio Web: www.211info.org