

Solicitud de Inscripción para Head Start/Early Head Start

Sirviendo a los residentes del condado de Washington

DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD REQUERIDA

Para que esta solicitud sea procesada, incluya lo siguiente:

Comprobante de edad del niño/a: Acta de nacimiento, registro del hospital, registro de vacunas carta de otorgamiento del OHP, carta del DHS con nombre y fecha de nacimiento del niño/a

Ingresos del año pasado: W2, Declaración de Impuestos, Carta de Beneficios de TANF, Carta de Beneficios de SNAP, Carta de Beneficios de SSI, carta de Colocación de Crianza, Manutención de Menores, Beneficio de Desempleo, Beneficio de VA/GI

Información del Niño/a

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 viven los niños? <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor(es) <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivo(s)			
¿Quién tiene la custodia principal de los niños? <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor(es) <input type="checkbox"/> DHS			

Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en casa: _____ 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		Teléfono: _____ ¿Opta por mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico: _____ ¿Opta por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio (calle y número de apartamento)		Ciudad	Código Postal
Dirección adicional (indicar cual aplicó) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recogida/Entrega		Ciudad	Código Postal
Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/ Tutor:	Fecha de Nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal en casa: _____ 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		Teléfono: _____ ¿Opta por mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico: _____ ¿Opta por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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 (Estampillas de Comida)?		
¿Su familia recibe TANF (Asistencia en Efectivo)?		
¿Su familia recibe Ingreso del Seguro Suplementario (SSI)?		
¿Su familia está sin hogar? (según la Ley McKinney-Vento – ver más abajo) La Ley McKinney-Vento es para "individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada". (indicar todo lo que aplica)		
<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, bancas de parque). <input type="checkbox"/> La familia vive en un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, vivienda deficiente o estación de autobús/tren.		
¿Alguno de los padres/tutores recibió pago en efectivo en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo, complete la Declaración de Ingresos/Sin Ingresos en la página 3. **Si no, envíe la solicitud con el formulario W2, declaración de impuestos, carta de beneficios de TANF, SNAP, SSI, carta de colocación de crianza, beneficios de desempleo o beneficios VA/GI.		
¿Hubo algún padre/tutor desempleado en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo, complete la Declaración de Ingresos/Sin Ingresos en la página 3.		

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

Número de miembros en la familia: _____

Enumere hijos/dependientes adicionales que viven en el hogar (no solicitantes)				
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el Solicitante	Apoyado Financieramente por los Padre(s)/Tutore(s)
		<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

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, 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:		Fecha:
Uso exclusive de oficina		
<input type="checkbox"/> Verbal consent was received for the parent/guardian's signature.		
Staff Name/Title:	Staff Signature:	Date:

Declaración de Ingresos/No Ingresos

Nombre del Participante/solicitante??: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Participante/solicitante??: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor complete las preguntas a continuación:

Declaración de Ingresos sin Comprobante o 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 o 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 compró la comida? _____

¿Cómo pagó 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 exclusivo de la oficina

Enrollment Assistant Name: _____ Signature: _____ Date: _____

ERSEA Supervisor Signature: _____ Date: _____

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Padre/Tutor:

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

Cómo Aplicar

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Inscripción al 503-693-3262 o envíenos un correo electrónico a headstart@caowash.org.

La solicitud no se puede procesar si faltan los documentos de elegibilidad requeridos.

Ubicaciones de Community Action para envío y entrega de la Solicitud.		
Hillsboro Multi-Service Center 1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123	Beaverton Multi-Service Center 17933 NW Evergreen Place Ste 315 Beaverton, OR 97006	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 por fax al: 503-400-3669		

¿Qué debo de enviar con la solicitud?

La solicitud complete debe incluir:

- Firma y fecha del Padre/ Tutor
- Prueba de los ingresos del año pasado o de los últimos 12 meses a partir de la fecha en que presenta la solicitud.
 - o **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 solicitud 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/texto 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

Early Head Start: Basado en el Hogar Prenatal - 3 años	Early Head Start: Basado en el Centro 6 semanas – 3 años	Head Start: Basado en el Centro Duration 3 – 5 años
<ul style="list-style-type: none"> • Se ofrecen visitas semanales al hogar y eventos socialización dos veces al mes para familias y niños durante todo el año. • Los servicios prenatales están disponibles para las personas embarazadas. <p>No hay transporte disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horario: El programa se lleva a cabo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. todos los días durante 199 días de contacto de septiembre a agosto. • Ubicación: Centro de Desarrollo Infantil de Hillsboro <p>No hay transporte disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horario: El programa se lleva a cabo de lunes a viernes, 6 horas y 45 minutos por día de septiembre a mayo. Los horarios de las clases varían según la ubicación. • Varias Ubicaciones: Salones de clase están en algunas escuelas públicas en el condado de Washington, además en la iglesia de St. Andrew, el Centro de Desarrollo Infantil de Beaverton y el Centro de Desarrollo Infantil de Hillsboro. <p>El transporte es muy limitado</p>

OTROS SERVICIOS Y RECURSOS DE COMMUNITY ACTION



Calefacción o Electricidad está Suspendida

Comuníquese con el programa de **Asistencia con los Servicios Públicos** (503) 615-0771 y deje un mensaje

Asistencia de Emergencia para Alimento

Para una caja de alimentos, comuníquese con el **Albergue Familiar de Hillsboro**: (503) 726-0812

Asistencia para el Pago de Servicios Públicos

Visite nuestro sitio web: www.caowash.org para contactar a la Asistencia con los Servicios Públicos.

Desarrollo Profesional para Beneficiarios de SNAP

Contacta al **Orientador Profesional de Desarrollo Familiar** en: careerboost@caowash.org

Interesado en Abrir un Negocio de Cuidado Infantil, Brindar Cuidado Infantil y/o Oportunidades de Desarrollo Profesional en Educación Infantil

Contacta el programa de **Recursos y Referencias de Cuidado: Infantil** al: (971) 223-6100 o crr@caowash.org

Clases de Educación Financiera

Comuníquese con el programa de **Desarrollo Familiar**: (503) 726-0823 o ida@caowash.org

No Tiene/ Falta de Hogar

Si no tiene hogar o perderá su vivienda en los próximos 30 días. Comuníquese con **Community Connect**: (503) 640-3263

Prevención de Desalojo o Retraso en el Pago del Alquiler

Contacta al **Alquiler de Emergencia** al: (503) 615-0770

Eficiencia Energética, la Calefacción de y Reparaciones de Seguridad

Contacta el programa de **Ahorro Energético**: (503) 906-6550 o weatherization@caowash.org

Ayuda con la Atención Prenatal, Apoyo para Padres y/o Servicios de Visitas Domiciliarias

Contacta el programa de **Help Me Grow** al: (503) 726-0879 o helpmegrow@caowash.org