

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto esta la Aplicación de Head Start de Temprana Edad que usted solicitó.

- Todas las familias que están aplicando para sus hijos tienen que llenar la Hoja de Ingresos de la Familia y la Aplicación de Head Start de Temprana Edad.
- Familias sin vivienda también tienen que llenar el Cuestionario para Familias Sin Hogar.

Por favor llene todas las formas completamente e incluya comprobante de la fecha de nacimiento del niño, comprobante de ingreso, y el registro de vacunación del niño. Todas las aplicaciones incompletas serán regresadas. Familias sin vivienda pueden entregar la Aplicación de Head Start de Temprana Edad sin comprobante de ingreso y pueden someter el comprobante de fecha de nacimiento y el registro de vacunación después si no los tienen disponibles.

Una aplicación de Head Start de Temprana Edad completa debe incluir lo siguiente:

- Formas completas como se mencionó arriba. Asegúrese de firmar y poner la fecha en donde se indique.
- Copia de la acta de nacimiento del niño o del certificado de nacimiento del hospital.
- El registro de vacunación del niño.
 - ✓ Comprobante **actual** (dentro de los últimos 30 días) que recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Ingresos Suplementario de Seguro Social (SSI)
 - ✓ Padres de Crianza necesitan proveer solamente comprobante de la colocación del niño por DHS Bienestar de Niños.
 - ✓ Si no recibe nada de lo que mencionamos arriba, por favor someta comprobante de ingreso por los últimos 12 meses o del año pasado. Los documentos que puede usar como comprobante de ingreso son:

Enviar uno de los siguientes documentos:

- ❖ Forma 1040 de impuestos (páginas 1 y 2)
- ❖ W2 forma(s) todas que se recibieron por el año
- ❖ Talones de cheques (de todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
- ❖ Reporte (**FSRN**) del Departamento de Servicios Humanos (que muestre historial de ingresos reportados por usted)

Y, si es aplicable cualquiera de los siguiente (en adición a su comprobante de ingresos de la parte de arriba)

- ❖ Cartas de ayuda financiera
 - ❖ Talones de desempleo
 - ❖ Copias de la manutención del niño o cheques
 - ❖ Ciertos tipos de pago militar (algunos son exentos, por favor de llamar si necesita información).
- Si su niño tiene necesidades especiales, por favor proporcione documentación que usted tenga al respecto. Esto puede ser información de un doctor o un proveedor de servicios especiales.

Después de que recibamos su aplicación de Head Start de Temprana Edad, será procesada por el programa correspondiente y se darán puntos basados en las necesidades de su niño y el ingreso de su familia. **Al completar la aplicación de Head Start de Temprana Edad no le garantiza a su niño un lugar en el salón de clase.** Los niños son seleccionados de acuerdo a su edad, puntuación final y ubicación geográfica. El paquete completo de la aplicación de Head Start de Temprana Edad debe ser entregado personalmente o enviado por correo a una de estas direcciones:

Community Action Head Start
2475 Center St NE
Salem, OR 97301
(503)581-1152

Family building Blocks
180 18th St NE
Salem, OR 97301
(503) 798-4744

Ningún comprobante del estatus legal es requerido.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Hoja de Ingresos de la Familia

Complete y agregue con la Aplicación de Head Start de Temprana Edad

- Paso 1 ¿Su familia está sin vivienda?
 Sí – llene el Cuestionario Sin Vivienda en el otro lado de esta forma y pase al paso 6
 No – pase al paso 2
- Paso 2 ¿El niño está en una casa de crianza aprobada por el estado?
 Sí - agregue la prueba de colocación de DHS y pase al paso 6
 No – pase al paso 3
- Paso 3 ¿Su familia recibe Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado de Niños Relacionado Con El Empleo (ERDC)?
 Sí - agregue prueba **actual** que recibe SSI, TANF o ERDC y pase al paso 6
 No – pase al paso 4
- Paso 4 Marque las cajas para todos los tipos de comprobantes de ingreso que usted proporcionara con su aplicación. El ingreso puede ser por los últimos 12 meses o por el año pasado. Todo el ingreso tiene que ser reportado de los padres/guardianes quienes viven con el niño. No necesita reportar el ingreso de otros miembros de la familia que viven en la casa o por padres/guardianes que no vivan con el niño. Si no tuvo ingresos en los últimos 12 meses o el año pasado, pase al paso 5.
- Enviar uno de los siguientes documentos:**
- Forma 1040 de impuestos (paginas 1 y 2)
 - W2 forma(s) todas las que se recibieron en el año
 - Talones de cheques (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
 - Reporte (FSRN) del Departamento de Servicios Humanos (que muestre historial de Ingresos reportados por usted)
- Y, si es aplicable cualquiera de los siguiente** (en adición a su comprobante de ingresos de la parte de arriba):
- Declaración de desempleo o talones de cheques de desempleo
 - Declaración de manutención de niño o talones de cheques
 - Ayuda financiera o cartas de premio de beca
 - Declaración de pensión o talones de cheques
 - Otro (especifique): _____
- Paso 5 **Si no tuvo ingresos en los últimos 12 meses, por favor adjunte una declaración explicando como usted y su niño se mantuvieron en cada uno de los últimos 12 meses.**
- Paso 6 Firme y anote la fecha para indicar que la información que usted declaro es correcta y verdadera, y que ha reportado todo el ingreso por el periodo designado de los padres/guardianes que viven en la casa con el niño.

Nombre de Padre/Madre/Guardián (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Cuestionario de Elegibilidad De Head Start de Temprana Edad Para Familias Sin Hogar

Familias que están sin vivienda son elegibles para servicios de Head Start de Temprana Edad y no están obligados a proporcionar ninguna prueba de ingresos. Debe estar actualmente sin hogar en el momento de la aplicación y cumplir con la definición de la ley federal de vivienda de asistencia de desamparo McKinney-Vento que establece:

Jóvenes y niños sin hogar son definidos como aquellos que carecen de una residencia fija, regular o adecuada durante la noche, incluyendo:

- Compartiendo la vivienda de otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o por razones similares.
- Albergues de emergencia o transitorias.
- Moteles, campamentos o acampar debido a la falta de alojamientos alternativos.
- Vehículo, parques u otros espacios públicos.
- Edificios abandonados o de calidad inferior.
- Estudiantes migrantes que viven en cualquiera de las situaciones anteriores.

Si usted cree que sería considerado sin vivienda, por favor marque la casilla para indicar su situación:

- Estamos viviendo con amigos, parientes o con otras personas porque perdimos nuestro hogar o no tenemos lo suficiente para pagar una vivienda.
 - ¿Cuanto tiempo han vivido ahí? _____
 - ¿Por qué está viviendo ahí (que ocasionó que se moviera ahí?) _____
 - ¿Cuanto tiempo se puede quedar ahí? _____
- Nos movemos con frecuencia, quedándonos con varia gente, pero nunca por largo plazo (anda de sofá en sofá).
- Estamos alojados en un hotel o motel porque no tenemos otro lugar en donde quedarnos.
- Estamos alojados en un albergue para personas desamparadas o de violencia doméstica.
 - ¿Cual albergue? _____
 - ¿Podemos llamar para confirmar? Sí No
- Nos quedamos a dormir en un edificio o casa que no está apropiada para pasar la noche. Esto incluye garajes, graneros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, estación de autobús o tren, casas clausuradas o viviendas que no cuentan con los servicios necesarios como calefacción o agua.
 - Por favor describa: _____
- Nos estamos quedando en una casa de campaña, casa motorizada, tráiler, van, auto u otro vehículo.
- Vivimos en un hogar de transición y tendremos que mudarnos fuera de ella dentro de 2 años.
 - ¿Qué programa coloco a su familia en un hogar de transición?
- No tenemos un lugar para pasar la noche.

Si usted no puede marcar una de las cajas anteriores, probablemente no cumplen con la definición de personas sin vivienda. Usted todavía puede solicitar servicios de Head Start de Temprana Edad, pero tendrán que proporcionar comprobante de ingreso. Por favor complete la Hoja de Ingresos de la Familia e incluya su comprobante de ingreso con la aplicación.

2019-2020 Aplicación de Head Start de Temprana Edad para Bebés y Niños de Menos de Tres Años de Edad
Community Action Head Start & Family Building Blocks

Apellido y nombre del niño por quien está aplicando: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenina

Idioma que escucha o habla en casa: _____

¿Su niño/a tiene un diagnóstico medico? Sí No Sí es que sí, que diagnóstico fue dado _____

¿Su niño/a califica para servicios de educación especial? Sí No

¿Tiene su niño/a un plan de servicio familiar individual? Sí, es que sí, nombre del especialista _____

Otros niños en el hogar menores de cinco años:

Nombre del Niño: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenina

Nombre del Niño: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenina

Nombre del Niño: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenina

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

(marque todas las que apliquen)

Viviendo actualmente Correo Recoger por el autobús escolar Dejar por el autobús

Domicilio Adicional: _____
Calle Ciudad Código Postal

(marque todas las que apliquen)

Viviendo actualmente Correo Recoger por el autobús escolar Dejar por el autobús

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Idioma que habla en casa: _____

Masculino Femenina

¿Qué tan bien habla el inglés? Muy Bien Bien Muy Poco Nada

Relación con el Niño: Padre/Madre Padrastro/madrastra Padre/madre de crianza Pariente Guardián legal

¿Vive con el niño? Sí, vive con el niño No (proporcione domicilio)

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

Números de Teléfono: _____
 Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje

Estatus de Empleo: Tiempo Completo (25-40 horas por semana) Medio Tiempo Estudiante
 Ama de casa Desempleado Otro (explique): _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Idioma que habla en casa: _____

Masculino Femenina

¿Qué tan bien habla el inglés? Muy Bien Bien Muy Poco Nada

Relación con el Niño: Padre/Madre Padrastro/madrastra Padre/madre de crianza Pariente Guardián legal

¿Vive con el niño? Sí, vive con el niño No (proporcione domicilio)

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

Números de Teléfono: _____
 Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje

Estatus de Empleo: Tiempo Completo (25-40 horas por semana) Medio Tiempo Estudiante
 Ama de casa Desempleado Otro (explique): _____

Tipo de Familia: Dos Padres Padre/Madre Soltero/a Otro Pariente
 Guardián Legal Casa de Crianza (nombre del trabajador/a social: _____)
 Cuantas personas de su familia inmediata viven en su hogar? Adultos ____ Niños ____
 ¿Recibe su Familia: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí No Manutención de Niño? Sí No
 ¿Quien los recomendó? Head Start Head Start de Temprana Edad Family Building Blocks WESD Doctor
 Programa STEP WIC Departamento de Salud Programa de Padres Adolescentes DHS Otro: _____
 Tengo un niño que actualmente está matriculado en Head Start de Temprana Edad o EHS-CCP. Nombre del niño: _____
 El niño por quien están aplicando ha recibido servicios de Head Start de Temprana Edad? Sí No
 Si es que sí, nombre del programa: _____

- **Servicios de todo el día todo el año son ofrecidos a padres que trabajan al menos 25 horas de lunes a viernes durante el día. Si están recibiendo servicios de Empleo Relacionado Con El Cuidado De Niños o están dispuestos para aplicar, marque esta caja (sin servicio de autobús)**

ASUNTOS ESPECIALES (Marque todo lo que aplique): Esta información se utiliza para determinar las necesidades de su niño, y no se compartirá con otra agencia. Toda la información que usted provee a Head Start de Temprana Edad es confidencial.

Familia

- Padre y/o Madre tiene una discapacidad diagnosticada y/o condición de salud mental
- Padre y/o Madre tiene una enfermedad terminal o a fallecido
- Padre y/o Madre está encarcelado/a o Padre y/o Madre está en libertad condicional/En periodo de prueba
- Padre y/o Madre está ausente por el servicio militar Padre y/o Madre está ausente debido a deportación o en proceso
- Miembro del hogar participa en actividades de pandillas La familia no tiene un vehículo
- Padre y/o Madre no puede leer ni escribir en ningún idioma
- Padre y/o Madre tiene problemas actualmente con drogas o alcohol
- Padre y/o Madre han tenido problemas con drogas o alcohol pero ahora está en recuperación
- Padre y/o Madre o familia actualmente está recibiendo consejería de salud mental individual o de familia
- Madre tiene sospecha de tener depresión postparto
- Madre y/o Padre tenía menos de 17 años cuando nació este niño
- Madre o Niño ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc.)
- Familia está en el proceso de desalojo. ¿Por cuánto tiempo? _____

Niño

- Niño/a está expuesto al humo de tabaco de segunda mano
- Niño tiene una condición de salud grave incluyendo ser prematuro (especifique): _____
- Niño fue expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo
- Padres tienen preocupación sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo/a (especifique): _____
- Niño está actualmente recibiendo tratamiento de salud mental o consejería individual
- Niño/a está sufriendo trauma debido a un divorcio o separación en la relación de los padres. ¿Hace cuanto? _____
- Niño/a esta fuera de casa por una orden de la oficina de DHS

Declaro que la información dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento y he reportado todo el ingreso. Entiendo que esta aplicación no garantiza la entrada al programa de Head Start de Temprana Edad. Entiendo que los niños serán ubicados en Head Start de Temprana Edad de acuerdo a su edad, necesidades de familia y ubicación geográfica.

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Envíe la aplicación completa y los documentos requeridos a una de las siguientes direcciones:

Community Action Head Start
2475 Center St NE
Salem, OR 97301
(503)581-1152

Family Building Blocks
180 18th St NE
Salem, OR 97301
(503) 798-4744

Ningún comprobante del estatus legal es requerido.
 Está institución es un proveedor de igualdad de oportunidades