

Estimada Madre Embarazada,

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

- Las mujeres embarazadas que están solicitando servicios para ellas mismas y su niño que esta por nacer tienen que llenar la Hoja de Ingresos de la Familia y la aplicación.
- Mujeres embarazadas que están sin vivienda también tienen que llenar el Cuestionario Sin Vivienda.

Por favor llene todas las formas completamente e incluya comprobante de ingresos por los últimos 12 meses o todos los meses del año pasado de la madre embarazada, y del expectante padre si vive en el hogar. Familias sin vivienda pueden entregar aplicaciones sin comprobante de ingreso.

El paquete de aplicación completo debe incluir lo siguiente:

- Formas completas como se mencionó arriba. Asegúrese de firmar y poner la fecha en donde se indique.
- Prueba de ingreso de la madre embarazada y del expectante padre (si vive en el hogar).
  - ✓ O comprobante **actual** de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Ingresos Suplementario de Seguro Social (SSI)
  - ✓ Si no recibe nada de lo que mencionamos arriba, por favor presente comprobante de ingresos de los últimos 12 meses o del año pasado. Documentos que puede presentar como comprobante de ingresos son:
    - ❖ Forma 1040 de los impuestos (paginas 1 & 2)
    - ❖ Forma(s) W2 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 muestren el historial de ingresos reportados por usted)
    - ❖ Cartas de ayuda financiera
    - ❖ Talones de desempleo
    - ❖ Copias de la manutención de niño o cheques
    - ❖ Ciertos tipos de pago militar son exentos, por favor de llamar si necesita información.

Después de que recibamos su aplicación, será procesada por el programa que le corresponda y se le dará una puntuación basada en sus necesidades e ingreso. Completar la aplicación no garantiza un lugar en el programa. El paquete completo de la aplicación debe ser enviado por correo o entregado a una de estas direcciones:

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

**Family Building Blocks**  
**180 18<sup>th</sup> 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

Debe completar y adjuntarla a la aplicación de Head Start de Edad Temprana Edad para Mujeres Embarazadas

Paso 1 ¿Su familia recibe Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI) o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)?

- Sí – adjunte el comprobante actual que recibe SSI o TANF y pase al paso 4
- No – pase al paso 2

Paso 2 Marque las cajas para todo el tipo de comprobante de ingreso que usted proporcionara con su aplicación. El ingreso puede ser de los últimos 12 meses o del el año pasado. Todo el ingreso de los padres que viven en el hogar tiene que ser reportado. No necesita reportar el ingreso de otros miembros de la familia que viven en el hogar, o del padre que no vive con la madre embarazada. Si no tuvo ingresos en los últimos 12 meses o el año pasado, pase al paso 3.

- Forma 1040 de Impuestos (Paginas 1 & 2)
- Forma(s) W2 todas las formas W2 que recibieron por el año
- Talones de cheques (de todos los periodos de pago en los últimos 12 meses o del año pasado)
- Un reporte de **(FSRN)** del Departamento de Servicios Humanos (que muestren el historial de ingresos reportados por usted)
- Una declaración del desempleo o talones de cheques
- Declaración de manutención de niño o talones de cheques
- Ayuda financiera o cartas de recompensación de beca
- Declaración de pensión o talones de cheques
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Paso 3 **Si no tuvo ingresos en los últimos 12 meses, por favor adjunte una declaración explicando como usted, la madre embarazada (y el padre del niño que está por nacer si es que vive en el mismo hogar) se mantuvieron el año pasado, o en cada uno de los últimos 12 meses.**

Paso 4 Firme y anote la fecha para indicar que usted declara que la información de arriba es correcta y verdadera, y que ha reportado todo el ingreso para el periodo designado.

Nombre de la madre embarazada (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario Sin Vivienda Elegibilidad de Head Start de Temprana Edad

Familias que están sin vivienda son elegibles para servicios de Head Start de Edad Temprana 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 vivienda 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 hogar, dificultades económicas, o por razones similares.
- Albergues de emergencia o transitorias.
- Moteles, campamentos o acampando 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 caja 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 esta viviendo ahí (que ocasionó que viviera 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 u hogar que no es apropiado para pasar la noche. Esto incluye garajes, graneros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, estación de camión o tren, casas clausuradas o viviendas que no cuentan con los servicios necesarios como calefacción o agua.
- Por favor describa: \_\_\_\_\_
- Estamos acampados en una casa de campar, 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.
- ¿Que 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. 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.*

**2018-2019 Aplicación de Head Start de Temprana Edad para Mujeres Embarazadas**  
Community Action Head Start & Family Building Blocks

**Información de la madre embarazada y de su embarazo:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idioma que habla en el hogar: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Números de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa  Celular  Trabajo  Mensaje  Casa  Celular  Trabajo  Mensaje

Estado de Empleo:  Tiempo Completo (25-40 horas por semana)  Medio Tiempo  Estudiante  
 Ama de Casa  Desempleada  Otro (explique): \_\_\_\_\_

Tipo de Familia:  Dos Padres  Madre Soltera Miembros de familia en el hogar: \_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_ Niños

Tengo un niño actualmente matriculado en Head Start. Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo cuidado prenatal?  Sí  No Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Embarazo de alto riesgo/complicaciones?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

¿Expuesto al alcohol/drogas durante el embarazo?  Sí  No

¿Historial de mal-partos o nacimientos que no se lograron?  Sí  No

¿Ha usado tabaco durante su embarazo?  Sí  No

¿Tiene usted una condición de salud grave?  Sí  No Si es que si, especifique: \_\_\_\_\_

**Información del padre de niño/a que está por nacer:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenina

¿Habla el padre en inglés?  Muy Bien  Bien  Muy Poco  Nada

¿Vive con la madre?  Si, vive con la madre o esta temporalmente ausente  No, ausente permanentemente  
(Proporcione domicilio)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa  Celular  Trabajo  Mensaje  Casa  Celular  Trabajo  Mensaje

Estado de Empleo:  Tiempo Completo (25-40 horas por semana)  Medio Tiempo  Estudiante  
 Amo de Casa  Desempleado  Otro (explique): \_\_\_\_\_

**ASUNTOS ESPECIALES (Marque todo lo que aplique):**

- Complicaciones de alto riesgo en el embarazo/maternidad de edad avanzada. Especifique: \_\_\_\_\_
- Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada o condición de salud mental
- Padre/Madre ha fallecido o tiene una enfermedad terminal
- Padre/Madre está encarcelado/a
- Padre/Madre está en libertad condicional
- Padre/Madre esta ausentado debido al servicio militar activo
- Padre/Madre está ausente debido a la deportación o en proceso
- Miembro del hogar participa en una pandilla
- Padre/Madre no lee o escribe en ningún idioma
- La familia no tiene ningun vehículo
- Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol en el pasado
- Padre/Madre o familia están actualmente recibiendo consejería individual o de familia
- Familia está en el proceso de desalojo. Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- La Madre ha sufrido violencia domestica durante los últimos 12 meses
- La Madre ha sufrido violencia domestica hace más de un año

Declaro que la información dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento, y he reportado todas las fuentes de ingresos. Entiendo que esta aplicación no garantiza la matriculación en el programa de Head Start de Temprana Edad.

Firma de la madre embarazada: \_\_\_\_\_

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 18<sup>th</sup> St NE  
Salem, OR 97301  
(503) 798-4744**

**Ningún comprobante del estatus legal es requerido.**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.