

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto esta la Aplicación Pre-Escolar de Head Start 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.
- Familias sin vivienda también tienen que llenar el Cuestionario para Familias Sin Vivienda.

Por favor llene todas las formas completamente y 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 aplicar sin comprobante de ingreso, y pueden someter el comprobante de fecha de nacimiento y el registro de vacunación después si no los tienen disponibles.

Un paquete de aplicación completo debe incluir lo siguiente:

- Formas completas nombradas anteriormente. 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

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 (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
- ❖ “FSRN” declaración del Departamento de Servicios Humanos (enseñando ingresos reportados por usted a DHS)

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 de 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, será procesada por el programa que le corresponda y dada puntos basada en las necesidades de su niño y ingreso de su familia. **Completando la aplicación no le garantiza a su niño un lugar en el salón de clase.** Niños son seleccionados de acuerdo a su puntuación final. Si tiene preguntas sobre el proceso de la aplicación, por favor llame al (503)581-1152. Paquete completo de la aplicación debe ser enviado por correo o traído a una de estas direcciones:

Community Action Head Start (503) 581-1152	Salem-Keizer Head Start (503) 399-5510	
Oficina/Correo: 2475 Center St NE Salem, OR 97301	Oficina: 1850 45 th Ave NE Salem, OR 97305	Correo: PO Box 12024 Salem, OR 97309

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

Hoja de Ingresos de la Familia

Completar y agregue con la Aplicación Pre-Escolar de Head Start

- Paso 1 ¿Su familia esta sin vivienda actualmente?
 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) o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)?
 Sí - agregue prueba **actual** (dentro de los últimos 30 días) que recibe SSI o TANF y pase al paso 6
 No – pase al paso 4
- Paso 4 Marque las cajas para todo el tipo de comprobante 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 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 que se recibieron por el año
- Talones de cheques (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
- “FSRN” declaración del Departamento de Servicios Humanos (enseñando ingresos reportados por usted a DHS)

Y, si es aplicable cualquiera de los siguientes (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 los últimos 12 meses, por favor agregue 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 usted declara la información de arriba 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 Sin Vivienda para Elegibilidad de Head Start

Familias que están sin vivienda son elegibles para servicios de Head Start por ingresos y no están obligados a proporcionar ninguna prueba de ingresos. Deben de estar actualmente sin vivienda en el momento de aplicación y cumplan 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 penuria económica, vivienda, o por razones similares.
- Albergues de emergencia o transitorias.
- Moteles, campamentos o acampar debido a la falta de alojamientos alternativos.
- Vehículo, parques o 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.
- ¿Cuánto tiempo han vivido ahí? _____
 - ¿Por qué está viviendo ahí (que ocasionó que viviera ahí)? _____
 - ¿Cuánto tiempo se puede quedar ahí? _____
- Nos movemos con frecuencia, quedando con varios amigos o familiares porque hemos perdido nuestro hogar o no tenemos lo suficiente para pagar una vivienda.
- 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 es intencionada para pasar la noche. Esto incluye garajes, graneros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, estación de autobús o tren, o casas condenadas 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, pero tendrán que proporcionar comprobante de ingreso. Por favor complete la Hoja de Ingresos de la Familia y incluya su comprobante de ingreso con la aplicación.

Aplicación Pre-Escolar de Head Start para el Año Escolar 2019–2020
Community Action Head Start & Salem-Keizer Head Start

Nombre de Niño: _____, _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Idioma que habla en casa: _____
 Masculino Femenina ¿Qué tan bien habla su niño Ingles? Muy Bien Bien Muy Poco Nada

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

(marque todas las que apliquen)
 Viviendo Actualmente Correo Autobús lo recoge Autobús lo deja

Domicilio Adicional: _____
Calle Ciudad Código Postal

(marque todas las que apliquen)
 Viviendo Actualmente Correo Autobús lo recoge Autobús lo deja

Teléfono de Casa: _____ Otro Teléfono: _____ Mensaje Celular
 ¿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 _____

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 abajo)

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 (32-40 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 abajo)

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 (32-40 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 (trabajador social: _____)

¿Cuántas 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
 ¿Quién los recomendó a Head Start? Head Start de Temprana Edad Family Building Blocks WESD Programa STEP
 Doctor WIC Departamento de Salud Programa de Padres Adolescentes DHS Otro: _____

Tengo un niño que actualmente está matriculado en Head Start. Nombre del niño: _____

¿El niño por quien está aplicando ha recibido servicios de Head Start o 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 aplicar, marque esta caja (sin servicio de autobús)
- ✓ Servicios de todo el día año escolar son ofrecidos en Salem a padres que asisten a la escuela tiempo completo. Si están interesados marque esta caja (sin servicio de autobús)
- ✓ Clases de todo el año/más horas con autobús o sin autobús. Si están interesados marque esta caja

SUNTOS 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 es confidencial.

Familia

- Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol en el pasado y esta en recuperación ahora
- Padre/Madre o familia actualmente está recibiendo consejería de salud mental individual o de familia
- Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada Padre/Madre tiene una condición de Salud Mental
- Hermano/Hermana tiene una discapacidad diagnosticada Hermano/Hermana tiene una condición de Salud Mental
- Padre/Madre ha fallecido o tiene una enfermedad terminal La familia no tiene un vehículo
- Padre/Madre está encarcelado/a Padre/Madre está en libertad condicional/En período de prueba
- Padre/Madre está ausente por el servicio militar activo Padre/Madre está ausente debido a deportación o en proceso
- Padre/Madre no lee ni escribe en ningún idioma Padre/Madre no termino la preparatoria o el GED
- Miembro del hogar participa en una pandilla Madre tenía 17 años o menos cuando este niño nació
- Familia está en el proceso de desalojo. Por cuánto tiempo? _____

Niño

- Preocupación del desarrollo físico o comportamiento (especifique): _____
- Niño/a tiene una condición de salud grave (especifique): _____
- Niño/a fue expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo Niño/a está expuesto a humo de segunda mano
- Niño/a está actualmente recibiendo consejería de salud mental individual
- Niño/a ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc...)
- Niño/a está sufriendo trauma debido a un divorcio o separación en la relación de los padres. ¿Hace cuanto? _____

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.** Entiendo que los niños serán ubicados de acuerdo a sus resultados y ubicación geográfica. Entiendo que esta aplicación es usada conjuntamente por Community Action Head Start y Salem-Keizer Head Start y autorizo a cada programa enviar esta aplicación y documentos agregados al programa que es apropiado para las necesidades de mi 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 (503) 581-1152	Salem-Keizer Head Start (503) 399-5510	
Oficina/Correo: 2475 Center St NE Salem, OR 97301	Oficina: 1850 45 th Ave NE Salem, OR 97305	Correo: PO Box 12024 Salem, OR 97309

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