

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto esta la solicitud de Head Start de Temprana Edad que usted solicitó para el año escolar 2025-2026.

Damos la bienvenida a todas las familias, independientemente de su nacionalidad o lugar de nacimiento/No se requiere prueba de ciudadanía

Por favor llene todas las formas completamente e incluya comprobante de la fecha de nacimiento del niño/a, comprobante de ingreso, y el registro de vacunación del niño/a. 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 solicitud completo debe incluir lo siguiente:

- Firmar y poner la fecha en donde se indique.
- Copia del acta de nacimiento del niño/a o del certificado de nacimiento del hospital.
- Registro de vacunación del niño/a.
- Y, si corresponde, uno de los siguientes documentos:
 - ✓ Comprobante **actual** (dentro de los último mes) que recibe Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Impuesto Suplementarios (SSI)
 - ✓ Padres de Adopción Temporal/Padre de Recursos necesitan proveer solamente comprobante de la colocación del niño/a por DHS Bienestar de Niños/as.
 - ✓ Si no recibe nada de lo que mencionamos arriba, por favor someta comprobante de ingreso por los últimos 12 meses o del año pasado.

Entregar uno de los siguientes documentos:

- ❖ Forma 1040 de impuestos (páginas 1 y 2) del año más reciente
- ❖ Todas las forma(s) W2 que recibieron del año más reciente
- ❖ Talones de cheques (de todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)

Y, si es aplicable entregar cualquiera de los siguientes (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/a o cheques
 - ❖ Ciertos tipos de pago militar (algunos son exentos, por favor de llamar si necesita información).
- Si su niño/a 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 solicitud de Head Start de Temprana Edad será procesada por el programa correspondiente y se darán puntos basados en las necesidades de su niño/a y el ingreso de su familia.

Completando la solicitud no le garantiza a su niño/a un lugar en el programa. Si tiene preguntas sobre el proceso de la solicitud, por favor llame a los números de abajo. El paquete completo de la solicitud debe ser entregado personalmente o enviado por correo a una de estas direcciones:

Early Head Start & Childcare Partnership Office
625 Hawthorne Ave SE Suite 100
Salem, OR 97301
503-581-1152
hs.app@mwvcaa.org

Family Building Blocks
180 18th St NE
Salem, OR 97301
503-566-2132

Hoja de Ingresos de la Familia

(Debe incluirse con la solicitud para el año escolar 2025-2026)

Head Start de Temprana Edad y Family Building Blocks

1. ¿El niño/a está en hogar de cuidado adoptivo temporal por el estado?
 - ☐ Sí - agregue la prueba de colocación de DHS y pase al paso 6
 - ☐ No – pase al paso 2
2. ¿Su familia recibe que recibe Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Impuesto Suplementarios (SSI)?
 - ☐ Sí - agregue prueba **actual** (dentro del ultimo mes) que recibe SNAP o SSI o TANF y pase al paso 6
 - ☐ No – pase al paso 3
3. ¿Su familia está actualmente sin hogar?
 - ☐ Sí - Actualmente estamos sin hogar en el momento que llené la aplicación que cumple con la Definición Federal de personas sin hogar de la “Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento”. Los niños/as y jóvenes sin hogar se definen como aquellos que carecen de una residencia nocturna fija, regular o adecuada, incluyendo:
 - ✓ Compartiendo el hogar de otros debido a la pérdida de nuestro hogar, dificultades económicas o razones similares.
 - ✓ Emergencia o refugios de transición.
 - ✓ Moteles, parque de casas móviles o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo.
 - ✓ Vehículos, parques, otros espacios públicos.
 - ✓ Edificios abandonados o viviendas deficientes.
 - ✓ Estudiantes migrantes que viven en cualquier situación mencionada anteriormente.

No presentó prueba de ingreso porque nuestra familia es elegible porque cumplimos con la definición federal de personas sin hogar. Pase al paso 6 y firme y escriba la fecha en la Hoja de Ingresos de la familia.

- ☐ No – pase al paso 4.

4. Marque las cajas para todos los tipos de comprobantes de ingreso que usted proporcionara con su solicitud. 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/a. 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/a.

Entregar uno de los siguientes documentos y pase al paso 6:

- ☐ Forma 1040 de impuestos (páginas 1 y 2) del año más reciente
- ☐ Todas las forma(a) W2 que recibieron del año más reciente
- ☐ Talones de cheques (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)

Y, si es aplicable entregar cualquiera de los siguientes (en adición a su comprobante de ingresos de la parte de arriba) y pase al paso 6:

- ☐ Declaración de desempleo o talones de cheques de desempleo
- ☐ Declaración de manutención de niño/a o talones de cheques
- ☐ Ayuda financiera o cartas de premio de beca
- ☐ Declaración de pensión o talones de cheques
- ☐ Otro (especifique): _____

5. **Si no tuvo ingreso en los últimos 12 meses, por favor entregué una declaración explicando como usted y su niño/a fueron apoyados durante cada uno de los últimos 12 meses, por favor incluya la fecha y su firma.**

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/a.

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

Firma: _____ Fecha: _____

Solicitud de Head Start de Temprana Edad para el Año Escolar 2025-2026
Community Action Head Start & Family Building Blocks

Nombre del niño/a: _____, _____
*Apellido**Primer Nombre**Inicial del segundo nombre*

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____

Idioma que escucha o habla en casa: _____

Domicilio: _____
*Calle**Ciudad**Código Postal*

(Marque todas las que apliquen)

☐ Viviendo actualmente ☐ Correo

Domicilio Adicional: _____
*Calle**Ciudad**Código Postal*

(Marque todas las que apliquen)

☐ Viviendo actualmente ☐ Correo

¿Su niño/a tiene un diagnóstico médico? ☐ 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/as en el hogar menores de cinco años:

Nombre del Niño/a _____, _____
*Apellido**Primer Nombre**Inicial del segundo nombre*

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____

Nombre del Niño/a _____, _____
*Apellido**Primer Nombre**Inicial del segundo nombre*

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____
*Apellido**Primer Nombre**Inicial del segundo nombre*

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

☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Otro _____ ¿Qué tan bien habla el inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Muy Poco ☐ Nada

Relación con el Niño/a: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Padres de adopción temporal/Padre de Recursos
☐ Pariente ☐ Guardián legal

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

Domicilio: _____
*Calle**Ciudad**Código Postal*

Números de Teléfono: _____
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Mensaje ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Mensaje ☐ Correo electrónico

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**Inicial del segundo nombre*

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

☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Otro _____ ¿Qué tan bien habla el inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Muy Poco ☐ Nada

Relación con el Niño/a: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Padres de adopción temporal/ Padre de Recursos
☐ Pariente ☐ Guardián legal

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

Domicilio: _____
*Calle**Ciudad**Código Postal*

Números de Teléfono: _____
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Mensaje ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Mensaje ☐ Correo electrónico

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
☐ Hogar de adopción temporal (nombre del trabajador/a social y # de teléfono: _____)

¿Cuántas personas de su familia inmediata viven en su hogar? Adultos _____ Niños/as _____

Recibe su Familia: ¿Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? ☐ Sí ☐ No ¿Manutención de Niño/a? ☐ Sí ☐ No

¿Quien le refirió al Programa de Temprana Edad? ☐ Preschool HUB ☐ De forma oral ☐ Folleto ☐ Letrero de jardín ☐ Distrito escolar
☐ WIC ☐ Departamento de Salud ☐ Programa de Padres Adolescentes ☐ Head Start de Temprana Edad ☐ Family Building Blocks
☐ WESD ☐ Referencia ☐ DHS ☐ Doctor ☐ Programa STEP ☐ Otro: _____

Tengo un niño/a que actualmente está inscrito en Head Start de Temprana Edad/EHS-CCP o Head Start. Nombre del niño/a: _____

¿El niño/a por quien están aplicando ha sido inscrito en otro programa de Temprana Edad? ☐ Sí ☐ No

Si es que sí, nombre del programa y locacion: _____

- ✓ **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/as o están dispuestos para aplicar, marque esta caja (Sin servicio de autobús)** ☐
- ✓ Si trabaja para CAHS o SKHS, por favor indique para qué programa trabaja: _____

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

Familia

- ☐ Familia fue desplazada o gravemente afectada por un desastre natural, (especifique _____) pérdida de empleo/vivienda
- ☐ La familia está buscando refugio en los Estados Unidos debido a condiciones de en su país
- ☐ Padre/Madre o familia actualmente está recibiendo consejería individual o de familia
- ☐ Padre/Madre ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc.) ¿Hace cuanto? _____
- ☐ Madre ha sospechado tener depresión postparto, ansiedad o trastorno del estado de ánimo perinatal
- ☐ Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada o ☐ una Condición de salud mental
- ☐ Hermano/Hermana tiene una discapacidad diagnosticada o ☐ una Condición de salud mental
- ☐ Padre/Madre a fallecido o tiene una enfermedad terminal
- ☐ Padre/Madre está encarcelado/a o ☐ En libertad condicional/En periodo de prueba
- ☐ Padre/Madre está ausente por el servicio militar activo
- ☐ Padre/Madre tenía 17 años o menos cuando este niño/a nació ☐ Miembro del hogar participa en una pandilla
- ☐ Familia está en el proceso de desalojo. ¿Por cuánto tiempo? _____ ☐ Padre/Madre está ausente debido a deportación o en proceso
- ☐ Padre/Madre no termino la preparatoria o el GED ☐ Padre/Madre no lee ni escribe en ningún idioma
- ☐ Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol ☐ La familia no tiene un vehículo
- ☐ Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol en el pasado y está en recuperación ahora

Niño

- ☐ Padres tienen preocupación sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo/a (especifique): _____
- ☐ Niño/a tiene una condición de salud grave incluyendo el nacimiento prematuro (especifique): _____
- ☐ Niño/a fue expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo
- ☐ Niño/a está expuesto a humo de segunda mano
- ☐ Niño/a ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc.)
- ☐ Niño/a está actualmente recibiendo tratamiento individual de salud mental o consejería
- ☐ Niño/a está sufriendo cambios 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 solicitud no garantiza la entrada al programa de Head Start de Temprana Edad. Entiendo que los niños/as serán ubicados en Head Start de Temprana Edad de acuerdo a su edad, necesidades de familia y ubicación geográfica. Entiendo que esta solicitud es usada conjuntamente por Community Action Head Start & Early Head Start y Family Building Blocks, y autorizo a cada programa enviar esta solicitud 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 solicitud completa y los documentos requeridos a una de las siguientes direcciones:

Early Head Start & Childcare Partnership Office 625 Hawthorne Ave SE Suite 100 Salem, OR 97301 503-581-1152 hs.app@mwvcaa.org	Family Building Blocks 180 18 th St NE Salem, OR 97301 503-566-2132
---	---

Damos la bienvenida a todas las familias, independientemente de su nacionalidad o lugar de nacimiento/No se requiere prueba de ciudadanía
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades