

Estimada Madre Embarazada,

Adjunto esta la Solicitud de Head Start de Temprana Edad para Madres Embarazadas 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 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 solicitud completo debe incluir lo siguiente:

- 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 (dentro del 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)

- 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 impuestos (paginas 1 & 2) del año más reciente
 - ❖ Todas las forma(s) 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 cualquiera de lo 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/a o cheques
- ❖ Ciertos tipos de pago militar son exentos, por favor de llamar si necesita información.

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 familia y el ingreso de su familia. **Completiando la solicitud no le garantiza a usted 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 18 th St NE Salem, OR 97301 (503)566-2132
--	--

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Hoja de Ingresos de la Familia

(Debe incluirse con la solicitud)

Head Start de Temprana Edad para Madres Embarazadas para el año escolar 2025-2026
Community Action Early Head Start y Family Building Blocks

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

1. ¿Su familia recibe Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Impuesto Suplementarios (SSI)?

- Sí – adjunte el comprobante actual (dentro del último mes) que recibe SNAP o SSI o TANF y pase al paso 5
 No – pase al paso 2

2. ¿Su familia está actualmente sin hogar?

- Sí - Actualmente estamos sin hogar en el momento que llené la solicitud y 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 u 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 5 y firme y escriba la fecha en la Hoja de Ingresos de la Familia.

- No – pase al paso 3

3. Marque las cajas para todo el tipo de comprobante de ingreso que usted proporcionara con su solicitud. El ingreso puede ser de los últimos 12 meses o del año pasado. Todo el ingreso de expectante madre/padre 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.

Enviar uno de los siguientes documentos:

- Forma 1040 de Impuestos (Paginas 1 & 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 en los últimos 12 meses o del año pasado)

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

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

4. **Si no tuvo ingreso en los últimos 12 meses, por favor entregue una declaración explicando como usted, la madre embarazada (y el padre del niño/a 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.**
5. 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: _____

Solicitud de Head Start de Temprana Edad para Mujeres Embarazadas para el año escolar

2025-2026

Community Action Head Start & Family Building Blocks

Nombre de la Madre Embarazada: _____	Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Fecha de parto: _____ / _____ / _____		
Idioma que habla en el hogar: _____			
¿Qué tan bien habla la madre el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy Poco <input type="checkbox"/> Nada			
Domicilio: _____	Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
<input type="checkbox"/> Viviendo Actualmente <input type="checkbox"/> Correo			
Domicilio Adicional: _____	Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
<input type="checkbox"/> Viviendo Actualmente <input type="checkbox"/> Correo			
Números de Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (25-40 horas por semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante			
<input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Otro(explique): _____			
Tipo de Familia: <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Madre Soltera			
Miembros de familia en el hogar: Adultos: _____ Niños/as: _____			
Tengo un niño/a actualmente inscrito en Early Head Start/ EHS CCP o Head Start. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del Niño/a: _____			
¿Está recibiendo cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del doctor: _____			
¿Historial de mal-partos o nacimientos que no se lograron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha usado tabaco durante su embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene usted una condición de salud grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que si,especifique: _____			

Nombre del Padre del niño/a por nacer: _____	Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial de segundo nombre _____
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Idioma que habla en el hogar: _____		
¿Qué tan bien habla el padre el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy Poco <input type="checkbox"/> Nada			
¿Vive con la madre? <input type="checkbox"/> Si, vive con la madre o temporalmente ausente <input type="checkbox"/> No, ausente permanentemente (Proporcione domicilio)			
Domicilio: _____	Calle _____	Ciudad _____	Código Postal _____
Número de Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (25-40 horas por semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante			
<input type="checkbox"/> Amo de Casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro(explique): _____			

¿Quien le refirió al Programa de Head Start de Temprana Edad para Mujeres Embarazadas? 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: _____

✓ Si trabaja para CAHS o SKHS o FBB, por favor indique para qué programa trabaja: _____

ASUNTOS ESPECIALES (Marque todo lo que aplique):

- La familia está buscando refugio en los Estados Unidos debido a condiciones en su país
- Familia fue desplazada o gravemente afectada por un desastre natural, (especifique _____) pérdida de empleo/vivienda
- La madre experimenta ansiedad y/o problemas de salud mental durante el embarazo
- Exposición prenatal a drogas/alcohol
- Exposición prenatal al tabaco/ Humo de segunda mano
- Hermano/Hermana tiene una discapacidad diagnosticada o una Condición de salud mental
- Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada o una Condición de salud mental
- Padre/Madre ha fallecido o tiene una enfermedad terminal
- Padre/Madre está encarcelado/a o En libertad condicional/Periodo de prueba
- Padre/Madre está ausente por servicio militar activo
- Padre/Madre está ausente de casa debido a deportación o en proceso
- Miembro del hogar participa en una pandilla
- Padre/Madre no lee ni escribe en ningún idioma
- La familia no tiene un vehículo
- Padre/ Madre no tiene su diploma de la preparatoria o el GED
- Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol en el pasado y está en recuperación ahora
- Padre/Madre o familia actualmente está recibiendo consejería individual o de familia
- Familia está en el proceso de desalojo. ¿Por cuánto tiempo? _____
- La Madre ha sufrido violencia doméstica durante los últimos 12 meses
- La Madre ha sufrido violencia doméstica hace más de un año
- Padre/Madre tendrá 17 años o menos cuando este niño/a nazca
- Embarazo de alto riesgo/complicaciones de embarazo/edad materna avanzada. Especifique: _____

Declaro que la información dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento y he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta solicitud no garantiza la entrada al programa de Head Start de Temprana Edad para Madres Embarazadas. 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 madre embarazada: _____ 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@mwwcaa.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

Está institución es un proveedor de igualdad de oportunidades