

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. **Completando 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 cumpla 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 entregué 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 demolde): _____

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? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Muy Poco ☐ Nada

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

☐ Viviendo Actualmente ☐ Correo

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

☐ Viviendo Actualmente ☐ Correo

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 ☐ Desempleada ☐ Otro(explique): _____

Tipo de Familia: ☐ Dos Padres ☐ 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. ☐ Sí ☐ No

Nombre del Niño/a: _____

¿Está recibiendo cuidado prenatal? ☐ Sí ☐ No Nombre del doctor: _____

¿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: _____

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? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Muy Poco ☐ Nada

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

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

Número 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
☐ Amo de Casa ☐ Desempleado ☐ 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 domestica durante los últimos 12 meses
- ☐ La Madre ha sufrido violencia domestica 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@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