

Estimado Padre o Guardián,

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

Damos la bienvenida a todos los estudiantes, independientemente de su nacionalidad o lugar de nacimiento/No se requiere prueba de ciudadanía

Por favor llene todas las formas completamente y 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 el registro de nacimiento del hospital.
- El registro de vacunación del niño/a.
- Y, si corresponde, uno de los siguientes documentos:
 - ✓ 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).
 - ✓ 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 (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)

Y, si es aplicable 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 de 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, será procesada por el programa que le corresponda y puntuación basada en las necesidades de su niño/a e ingreso de su familia. **Completando la solicitud no le garantiza a su niño/a un lugar en el salón de clase.** Si tiene preguntas sobre el proceso de la solicitud, por favor llame a uno de los números de abajo. Paquete completo de la solicitud debe ser enviado por correo o traído a una de estas direcciones:

Community Action Head Start (503) 581-1152 hs.app@mwvcaa.org		Salem-Keizer Head Start (503) 399-5510 prekapplications@salkeiz.k12.or.us	
Oficina/Correo: 625 Hawthorne Ave SE Suite 100 Salem, OR 97301		Oficina: 1850 45 th Ave NE Salem, OR 97305	Correo: PO Box 12024 Salem, OR 97309

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Hoja de Ingresos de la Familia

(Debe incluirse con la solicitud)

Preescolar de Head Start para el año escolar 2025-2026

Community Action Head Start y Salem Keizer Head Start

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 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 TANF o SSI 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 todo el tipo de comprobante de ingreso que usted proporcionara con su solicitud. El ingreso puede ser por los últimos 12 meses o por el año pasado. Todos los ingresos tienen que ser reportados 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 de 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(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, entregar cualquiera de los siguientes documentos (en adición a 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 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 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/a.

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

Firma: _____

Fecha: _____

Solicitud Preescolar de Head Start para el Año Escolar 2025-2026

Community Action Head Start & Salem-Keizer Head Start

Nombre de Niño/a: _____, _____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

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

¿Qué tan bien habla su niño/a Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Muy Poco ☐ Nada

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 Servicios Familiares Individualizados? Sí, es que sí, nombre del especialista _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

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

¿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/Padres de Recursos
☐ Pariente ☐ Guardián

¿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 ☐ Correo electrónico

Estatus de Empleo: ☐ Tiempo Completo (32-40 horas por semana) ☐ Medio Tiempo ☐ Estudiante
☐ Ama de casa ☐ Desempleado ☐ Otro (explique): _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

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

¿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/Padres de Recursos
☐ Pariente ☐ Guardián legal

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

Domicilio: _____
Calle Ciudad Código Postal

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

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
☐ Hogar de adopción temporal (nombre y número de trabajador social: _____)

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

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

¿Cómo se enteró de Head Start? ☐ 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 Early Head Start/EHS-CCP o Head Start. Nombre del niño/a: _____

¿El niño/a 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 y locación: _____

✓ Clases de todo el año/más horas. Si están interesados marque esta caja ☐

✓ 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 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 en su país
- ☐ Padre/Madre está fuera de casa debido al trabajo. ¿Cuánto tiempo? _____
- ☐ Padre/Madre tiene una enfermedad terminal o ha fallecido
- ☐ Hermano/Hermana tiene una discapacidad diagnosticada o ☐ una Condición de salud mental
- ☐ Padre/Madre está ausente por el servicio militar activo
- ☐ Padre y/o Madre tiene una discapacidad diagnosticada o ☐ una Condición de salud mental
- ☐ La familia no tiene un vehículo
- ☐ Padre/Madre está encarcelado/a o ☐ En libertad condicional/Periodo de prueba
- ☐ Padre/Madre no termino la preparatoria o el GED
- ☐ 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
- ☐ 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 ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc...) ¿Hace cuanto tiempo? _____
- ☐ Padre/Madre o familia actualmente está recibiendo consejería individual o de familia
- ☐ Padre/Madre tenía 17 años o menos cuando este niño/a nació
- ☐ Familia está en el proceso de desalojo. ¿Por cuánto tiempo? _____

Niño/a

- ☐ 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 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 cambios debido a un divorcio o separación en la relación de los padres. ¿Hace cuanto tiempo? _____
- ☐ Niño/a está expuesto a humo de segunda mano

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.** Entiendo que los niños/as serán ubicados de acuerdo a sus resultados y ubicación geográfica. Entiendo que esta solicitud es usada conjuntamente por Community Action Head Start y Salem-Keizer Head Start 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. Finalmente, entiendo que mi información de contacto y la información de mi hijo/a pueden compartirse con elegibilidad y personal de inscripción en otros programas preescolares regionales financiados con fondos públicos, incluyendo, pero no limitado entre otros, Head Start y programas de Oregon PreKindergarten, con el fin de ser referidos a esos programas.

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud completa y los documentos requeridos a una de las siguientes direcciones:

Community Action Head Start (503) 581-1152 hs.app@mwvcaa.org	Salem-Keizer Head Start (503) 399-5510 prekapplications@salkeiz.k12.or.us
Oficina/Correo: 625 Hawthorne Ave SE Suite 100 Salem, OR 97301	Oficina: 1850 45 th Ave NE Salem, OR 97305
	Correo: PO Box 12024 Salem, OR 97309

Damos la bienvenida a todos los estudiantes, independientemente de su nacionalidad o lugar de nacimiento/No se requiere prueba de ciudadanía

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades