

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto está la solicitud Preescolar de Head Start que usted solicitó para el año escolar 2026-2027.

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 e incluya comprobante de la fecha de nacimiento del niño/a, comprobante de ingresos, y el registro de vacunación del niño/a. Familias sin vivienda pueden aplicar sin comprobante de ingresos, y pueden entregar 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.
- 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), Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI).
 - ✓ Padres de Adopción Temporal/Padres 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 entregue comprobante de ingresos de 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 formas 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 se darán puntos basados en las necesidades de su niño/a e ingresos 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 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 2026-2027
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), Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI)?

- Sí - agregue prueba **actual** (dentro del último 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 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, otros espacios públicos.
- ✓ Edificios abandonados o viviendas deficientes.
- ✓ Estudiantes migrantes que viven en cualquier situación mencionada anteriormente.

No presento 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 de todo el tipo de comprobante de ingresos que usted proporcionara con su solicitud. El ingreso puede ser de los últimos 12 meses o del 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 concesión de beca
- Declaración de pensión o talones de cheques
- Otro (especifique): _____

- 5 **Si no tuvo ingreso los últimos 12 meses, por favor entregue una declaración por escrito 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 declara que la información anterior es verdadera y correcta, y que ha reportado todos los ingresos del período designado para todos los padres/tutores que viven en el hogar con el niño/a.

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

Firma: _____

Fecha: _____

Solicitud Preescolar de Head Start para el Año Escolar 2026-2027
Community Action Head Start & Salem-Keizer Head Start

Nombre del niño/a: _____, _____ Masculino Femenino Otro _____
 Apellido Nombre Inicial segundo nombre

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

¿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 Si 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 No
 Si es que sí, nombre del especialista _____

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

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

¿Qué tan bien habla 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

(Marque todas las que apliquen)
 Viviendo Actualmente Correo

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/a Otro (explique): _____

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

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

¿Qué tan bien habla 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

(Marque todas las que apliquen)
 Viviendo Actualmente Correo

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/a Otro (explique): _____

Tipo de Familia: Dos Padres Padre/Madre Soltero/a Otro Pariente Guardián Legal

Hogar de adopción temporal (nombre y número de trabajador(a) 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)? Sí No ¿Manutención de Niño/a? Sí No

¿Cómo se enteró de Head Start? Preschool HUB De forma oral Folleto Letrero de jardín Distrito escolar

Departamento de Salud Programa de Padres Adolescentes Head Start de Temprana Edad Family Building Blocks

WESD Referencia Otro: _____

✓ Tengo un niño/a que actualmente está inscrito en Head Start de Temprana Edad ,Head Start de Temprana Edad Socios de Cuidado Infantil 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...)

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. Fecha de desalojo: _____

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.

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