

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto esta la Aplicación de Head Start de Temprana Edad que usted solicitó.

- Todas las familias que están aplicando para sus hijos tienen que llenar la Hoja de Ingresos de la Familia y la Aplicación de Head Start de Temprana Edad.
- Familias sin vivienda también tienen que llenar el Cuestionario para Familias Sin Vivienda.

Por favor llene todas las formas completamente y incluya comprobante de la fecha de nacimiento del niño, comprobante de ingreso, y el registro de vacunación del niño. Todas las aplicaciones incompletas serán regresadas. Familias sin vivienda pueden entregar la Aplicación de Head Start de Temprana Edad sin comprobante de ingreso, y pueden someter el comprobante de fecha de nacimiento y el registro de vacunación después si no los tienen disponibles.

Una aplicación de Head Start de Temprana Edad completa debe incluir lo siguiente:

- Formas completas nombradas anteriormente. Asegúrese de firmar y poner la fecha en donde se indique.
- Copia de la acta de nacimiento del niño o del certificado de nacimiento del hospital.
- El registro de vacunación del niño.
 - ✓ Comprobante actual de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Cuidado de Niños Relacionado al Empleo (ERDC), o Ingresos Suplementario de Seguro Social (SSI)
 - ✓ Padres de Crianza necesitan proveer solamente comprobante de la colocación del niño por DHS Bienestar de Niños.
 - ✓ Si no recibe nada de lo que mencionamos arriba, por favor someta comprobante de ingreso por los últimos 12 meses o del año pasado. Documentos que puede usar como comprobante de ingreso son:
 - ❖ 1040 Impuestos
 - ❖ Formas W2
 - ❖ Talones de cheques
 - ❖ Declaración de Ingresos del Departamento de Servicios Humanos (si recibe estampillas de comida o pagos de TANF)
 - ❖ Cartas de ayuda financiera
 - ❖ Talones de desempleo
 - ❖ Copias de la manutención de niño o cheques
 - ❖ Ciertos tipos de pago militar son exentos, por favor de llamar si necesita información.
- Si su niño 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 aplicación de Head Start de Temprana Edad, será procesada y dada puntos basada en las necesidades de su niño y ingreso de su familia. Completando la aplicación de Head Start de Temprana Edad no le garantiza a su niño un lugar en el salón de clase. Niños son seleccionados de acuerdo a su edad, puntuación final y ubicación geográfica. Paquete completo de la aplicación de Head Start de Temprana Edad debe ser enviado por correo o traído a esta dirección:

Community Action Head Start
2475 Center St NE
Salem, OR 97301

USDA y esta institución proporcionan oportunidades iguales a proveedores y empleadores.

Hoja de Ingresos de la Familia

Completar y agregue con la Aplicación de Head Start de Temprana Edad

Paso 1 ¿Su familia esta sin vivienda actualmente?
 Sí - llene el Cuestionario Sin Vivienda en el otro lado de esta forma y pase al paso 6
 No – pase al paso 2

Paso 2 ¿El niño esta en una casa de crianza aprobada por el estado?
 Sí - agregue la prueba de colocación de DHS y pase al paso 6
 No – pase al paso 3

Paso 3 ¿Su familia recibe Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI), Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado de Niños Relacionado al Empleo (ERDC)?
 Sí - agregue prueba actual que recibe SSI, TANF o ERDC y pase al paso 6
 No – pase al paso 4

Paso 4 Marque las cajas para todo el tipo de comprobante de ingreso que usted proporcionara con su aplicación. 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. No necesita reportar el ingreso de otros miembros de la familia que viven en la casa o padres/guardianes que no vivan con el niño. Si no tuvo ingresos en los últimos 12 meses o el año pasado, pase al paso 5.

- 1040 Impuestos
- Forma(s) W2 todas las formas W2 que recibieron por el año
- Talones de cheques (todos los periodos de pago los últimos 12 meses o año pasado)
- Informe del Historial de Ingresos de Estampillas de Comida (FSRN) de DHS
- Declaración de desempleo o talones de cheques de desempleo
- Declaración de manutención de niño o talones de cheques
- Ayuda financiera o cartas de premio de beca
- Declaración de pensión o talones de cheques
- Otro (especifique): _____

Paso 5 Si no tuvo ingresos los últimos 12 meses, por favor agregue una declaración de como usted y su niño fueron mantenidos mes por mes durante los últimos 12 meses.

Paso 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.

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

Firma: _____

Fecha: _____

Questionario Sin Vivienda para Elegibilidad de Head Start

Familias que están sin vivienda son elegibles para servicios de Head Start por ingresos y no están obligados a proporcionar ninguna prueba de ingresos. Deben de estar actualmente sin vivienda en el momento de aplicación y cumplan con la definición de la ley federal de vivienda de asistencia de desamparo McKinney-Vento que establece:

"Jóvenes y niños sin vivienda son definidos como aquellos que carecen de una residencia fija, regular o adecuada durante la noche, incluyendo:

- Compartiendo la vivienda de otros debido a la pérdida de penuria económica, vivienda, o por razones similares.
- Albergues de emergencia o transitorias.
- Moteles, campamentos o acampar debido a la falta de alojamientos alternativos.
- Vehículo, parques o otros espacios públicos.
- Edificios abandonados o de calidad inferior.
- Estudiantes migrantes que viven en cualquiera de las situaciones anteriores"

Si usted cree que sería considerado sin vivienda, por favor marque la caja para indicar su situación:

- Estamos viviendo con amigos, parientes o con otras personas porque perdimos nuestro hogar o no tenemos lo suficiente para pagar una vivienda.
- ¿Cuanto tiempo han vivido ahí? _____
 - ¿Por qué esta viviendo ahí (que ocasionó que viviera ahí)? _____
 - ¿Cuanto tiempo se puede quedar ahí? _____
- Nos movemos con frecuencia, quedando con varios amigos o familiares porque hemos perdido nuestro hogar o no tenemos lo suficiente para pagar una vivienda.
- Estamos alojados en un hotel o motel porque no tenemos otro lugar en donde quedarnos.
- Estamos alojados en un albergue para personas desamparadas o de violencia doméstica.
- ¿Cual albergue? _____
 - ¿Podemos llamar para confirmar? Sí No
- Nos quedamos a dormir en un edificio o casa que no es intencionada para pasar la noche. Esto incluye garajes, graneros, parques, lugares públicos, edificios abandonados, estación de camión o tren, o casas condenadas o viviendas que no cuentan con los servicios necesarios como calefacción o agua.
- Por favor describa: _____
- Nos estamos quedando en una casa de campaña, casa motorizada, tráiler, van, auto u otro vehículo.
- Vivimos en un hogar de transición y tendremos que mudarnos fuera de ella dentro de 2 años.
- ¿Que programa coloco a su familia en un hogar de transición? _____
- No tenemos un lugar para pasar la noche.

Si usted no puede marcar una de las cajas anteriores, probablemente no cumplen con la definición de personas sin vivienda. Usted todavía puede solicitar servicios de Head Start, pero tendrán que proporcionar comprobante de ingreso. Por favor complete la Hoja de Ingresos de la Familia y incluya su comprobante de ingreso con la aplicación.

Aplicación de Head Start de Temprana Edad para Bebés y Niños de Menos de Tres Años de Edad

Community Action Head Start 2014-2015

Nombre de Niño: _____, _____
Apellido *Primer Nombre*

Fecha de nacimiento: ___/___/___ ¿Parto Múltiple? Sí No (llene una aplicación para cada niño)

Masculino Femenina Idioma que habla en casa: _____

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

Viviendo Actualmente Correo Camión lo recoge Camión lo deja

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

Viviendo Actualmente Correo Camión lo recoge Camión lo deja

Teléfono de Casa: _____ Otro Teléfono: _____ Mensaje Celular

¿Tiene su niño una discapacidad diagnosticada? Sí, Diagnosticada Sí, Posible Discapacidad Ninguna

¿Sí es que sí, recibe su niño servicios especiales del Distrito de Servicios Educativos? Sí No

Sí así es, nombre del especialista: _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____
Apellido *Primer Nombre*

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

Masculino Femenina ¿Qué tan bien habla el Inglés? Muy Bien Bien Muy Poco Nada

Relación con el Niño: Padre/madre Padrastro/madrastra Padre/madre de crianza Pariente Guardián legal

¿Vive con el niño? Sí, vive con el niño o esta ausente temporalmente No, ausente permanentemente (proporcione domicilio)

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

Números de Teléfono: _____
 Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje

Estatus de Empleo: Tiempo Completo (32-40 horas por semana) Medio Tiempo Estudiante

Ama de casa Desempleado Otro (explique): _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____, _____
Apellido *Primer Nombre*

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

Masculino Femenina ¿Qué tan bien habla el Inglés? Muy Bien Bien Muy Poco Nada

Relación con el Niño: Padre/madre Padrastro/madrastra Padre/madre de crianza Pariente Guardián legal

¿Vive con el niño? Sí, vive con el niño o esta ausente temporalmente No, ausente permanentemente (proporcione domicilio)

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

Números de Teléfono: _____
 Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje Casa Celular Trabajo Mensaje

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 Casa de Crianza (trabajador social: _____)

¿Cuántas personas de su familia viven en su hogar? ____ Adultos ____ Niños

Recibe su Familia: ¿Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí No
¿Manutención de Niño? Sí No ¿Cuidado de Niños Relacionado el Empleo (ERDC)? Sí No

¿Quién los recomendó a Head Start? Head Start de Temprana Edad Family Building Blocks WESD Programa STEP
 Doctor WIC Departamento de Salud Programa de Padres Adolescentes DHS Otro: _____

Tengo un niño que actualmente esta matriculado en Head Start. Nombre del niño: _____
¿El niño por quien esta aplicando ha recibido servicios de Head Start o Head Start de Temprana Edad? Sí No
Si es que sí, nombre del programa: _____

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

Familia

- Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada
- Padre/Madre ha fallecido o tiene una enfermedad terminal
- Padre/Madre esta encarcelado/a Libertad condicional
- Libertad condicional (después de estar encarcelado) Comentarios: _____
- Padre/Madre esta ausente por el servicio militar activo
- Padre/Madre esta ausente por la deportación
- Miembro del hogar participa en una pandilla
- Padre/Madre no lee ni escribe en ningún idioma
- Padre/Madre no termino la preparatoria o el GED
- Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol y ha estado en recuperación por menos de 12 meses
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol y ha estado en recuperación por más de 12 meses
- Padre/Madre o familia actualmente esta recibiendo consejería de salud mental individual o de familia
- Sospecha que la madre tiene depresión post parto
- Padre/Madre tenia menos de 18 años cuando nació este niño
- Familia esta en el proceso de evicción
- La familia no tiene un vehículo

Niño

- Niño tiene una condición de salud grave incluyendo ser prematuro (especifique): _____
- Expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo
- Niño esta expuesto a humo de segunda mano
- Niño esta actualmente recibiendo consejería de salud mental individual
- Niño ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, etc...)
- Niño esta sufriendo trauma debido a un divorcio o separación en la relación de los padre. ¿Hace cuanto? _____

Declaro que la información dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento y he reportado todo el ingreso. Entiendo que esta aplicación no garantiza la entrada al programa de Head Start de Temprana Edad. Entiendo que los niños serán ubicados en Head Start de Temprana Edad de acuerdo a su edad, necesidades de familia y ubicación geográfica.

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

Envíe la aplicación completa y los documentos requeridos a:

**Community Action Head Start
2475 Center St NE
Salem, OR 97301
(503)581-1152**