

## CSC Head Start Hoja de instrucciones de aplicación

### ENVIAR ESTA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA INSCRIPCIÓN

Comprobante de fecha de nacimiento de su niño (proporcione uno de los siguientes):

- Acta de Nacimiento
- **Cartilla de vacunación**
- Certificado del Hospital
- Anuncio de nacimiento en el periódico

Comprobante de ingreso de los últimos doce meses, del año anterior, ó algún documento que compruebe su ingreso actual. Los siguientes documentos se pueden usar como comprobantes:

- Talones de cheque
- Forma W-2 de su declaración de impuestos
- TANF/ERDC (asistencia en efectivo, beneficios de guardería relacionado con su trabajo) ó Verificación de ingreso del SSI (seguro social)
- Beneficios de Desempleo
- Comprobantes de pago de manutención
- Carta de su empleador

Comprobante de Vacunas:

- Si las vacunas de su niño se las pusieron en Oregon nosotros podemos tener acceso a esos registros por usted.
- Usted puede obtener esto con el doctor de su niño

Si usted es el tutor legal de su niño necesitamos documentación de los tribunales.

Si su niño es un niño adoptivo necesitamos documentación DHS – bienestar del niño.

**Usted necesitará transportar a su niño a la escuela (venirlo a dejar y a recoger). Por favor cheque el horario del autobús público de la ciudad.**

**Si la información en la aplicación cambia, por favor, proporciónenos la información nueva tan pronto como sea posible, sino podemos ponernos en contacto con usted, no podemos inscribir a su niño.**

Si tiene preguntas por favor llame

**Newport, 253 NE 1<sup>st</sup>, 541-574-7690**

**Toledo, 845 A St., 541-336-5113**

**Lincoln City, 2130 SE Lee St., 541-996-3028**

[www.communityservices.us](http://www.communityservices.us)

**Albany Regional Office**  
250 Broadalbin St SW Ste 2A  
Albany, OR 97321  
541.928.6335

**Corvallis Regional Office**  
545 SW 2<sup>nd</sup> St Ste A  
Corvallis, OR 97333  
541.752.1010

**Newport Regional Office**  
120 NW Avery St.  
Newport, OR 97365  
541.265.8505

**Lincoln County Head Start**  
2130 SW Lee St / PO Box G  
Lincoln City, OR 97367  
541.996.3028

**ESCRITO POR PERSONAL DE HEAD START**

Interview date \_\_\_\_\_ **Parent or Guardian Name** \_\_\_\_\_

Interviewed by \_\_\_\_\_  
**STAFF NAME**

Duration of interview \_\_\_\_15 Minutes \_\_\_\_30 Minutes

Comments

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

All aspects of enrollment application discussed with applicant to ensure verification of information provided.

**ENVIAR ESTA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA LA INSCRIPCIÓN**

Sus preferencias se han observado y se le informará de la ubicación de su hijo si se inscriben.

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor secundario

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

APLICACION DE CSC HEAD START 2017-2018

Toledo (541) 336-5113 Lincoln City (541) 996-3028 Newport (541) 574-7690

Información del Padre primario ó Tutor

Fecha de Recibido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Initial del Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa con el niño?  Si  No

¿Es usted padre de algún niño que asistió a Head Start en el pasado?  Si  No

Lenguaje Primario \_\_\_\_\_ Lenguaje Secundario/Otro \_\_\_\_\_

Habla Ingles  muy bien  bien  un poco  nada

Etnia  Latino  Non-Latino

Raza  Asiático  Bi Racial/Multi Racial  Africano Americano
 Blanco  Nativo Americano  Otro \_\_\_\_\_
 Isleño Del Pacifico  Sin especificar

Nivel de Educación

Ninguna Escuela Secundaria  Alguna Escuela Secundaria \_\_\_\_\_ (El Grado Más Alto Completo) 
Escuela Secundaria Graduada  GED  Formación Profesional / Algún Colegio  Título Universitario

Actualmente asiste a la escuela:  Asistir a tiempo parcial  Asistir a tiempo completo

Padres / Guardián es miembro de los militares Estadounidenses en servicio activo
Veterano del ejército Estadounidense

Información sobre su Empleo

desempleado  empleado medio tiempo  empleado tiempo completo  empleado estacional/temporal

(Donde trabaja) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_
casa celular/mensaje trabajo

Domicilio \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Código postal

Marque aquí si es la misma dirección de arriba

Dirección de correo (si es diferente) \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Código postal

Cuantos son de Familia \_\_\_\_\_ Cuantos son en la Casa \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó acerca de nuestro programa? \_\_\_\_\_

¿Fue usted referido por otra agencia?  Si  No Si marco si, nombre de la agencia \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo WIC?  Si  No Si marcó si, proporcione el No. de ID del WIC \_\_\_\_\_

**Información del Padre secundario ó Tutor**

Nombre \_\_\_\_\_ Initial del Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa con el niño?  Si  No

¿Es usted padre de algún niño que asistió a Head Start en el pasado?  Si  No

Lenguaje Primario \_\_\_\_\_ Lenguaje Secundario/Otro \_\_\_\_\_

Habla Ingles  muy bien  bien  un poco  nada

Etnia  Latino  Non-Latino

Raza  Asiático  Bi Racial/Multi Racial  Africano Americano  
 Blanco  Nativo Americano  Otro \_\_\_\_\_  
 Isleño Del Pacifico  Sin especificar

**Nivel de Educación**

Ninguna Escuela Secundaria  Alguna Escuela Secundaria \_\_\_\_\_ (El Grado Más Alto Completo)   
Escuela Secundaria Graduada  GED  Formación Profesional / Algún Colegio  Título Universitario

**Actualmente asiste a la escuela:**  Asistir a tiempo parcial  Asistir a tiempo completo

**Padres / Guardián es miembro de los militares Estadounidenses en servicio activo  
Veterano del ejército Estadounidense**

**Información sobre su Empleo**

desempleado  empleado medio tiempo  empleado tiempo completo  empleado estacional/temporal

\_\_\_\_\_  
(Donde trabaja)

Teléfono \_\_\_\_\_  
casa celular/mensaje trabajo

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Marque aquí si es la misma dirección de arriba

Dirección de correo (si es diferente) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Información del Niño**

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Inicial del Segundo Nombre      Apellido      Apodo                      Sexo  M  F                      \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**Lenguaje Primario** \_\_\_\_\_ **Otro Lenguaje** \_\_\_\_\_

¿Su niño habla Ingles en casa?  Si  No

**Habilidades en Ingles**     muy bien     bien     un poco     nada

**Etnia**     Latino                      Non-Latino

**Raza**     Asiático     Bi-Racial/Multi-Racial                      Africano Americano  
                    Blanco                      Nativo Americano                       Otro \_\_\_\_\_  
    Isleño del Pacifico                      Sin especificar

**Otros Niños ó Adultos viviendo en la casa** (que no están mencionados arriba)

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño de Head Start

**¿Tiene Usted preocupaciones sobre su niño (a)?**  No  Si, por favor marque donde aplique:

- Salud Dental     Inabilidad para aprender     Problemas del Habla ó del oído     comportamiento
- Salud Física     Nutrición/hábitos de comer     Abuso/Negligencia     Visión     El niño ha estado en una casa Hogar temporal anteriormente

**¿El niño ha sido diagnosticado con alguna discapacidad?**  No  Si. Si marcó si, por favor proporcione los documentos necesarios.

**¿El niño está recibiendo servicios de Intervención temprana para niños ECSE (Early Childhood Special Education)?**  
 No  Si.    Si marcó si, por favor proporcione el documento IFSP

**Ha sido su niño (a) transferido de otro programa de Head Start?**  No  Si.

**¿Tiene Usted preocupaciones por su persona u otros miembros de la familia?**  No  Si Si

- Alojamiento     Trabajo/Empleo     Desabilitado incapaz de trabajar     Violencia en la familia
- Dificultad para aprender     Problemas de Droga/Alcohol     Inmigración     Salud Mental/Enfermedades
- Servicios de Rehabilitación vocacional     Problemas Legales  Problemas de Salud     Padre encarcelado
- Crisis de familia (muerte, divorcio, enfermedad terminal)

Otros – explique \_\_\_\_\_

¿Alguien de los padres se convirtió en padre siendo menor de edad?  No  Si

¿Está recibiendo TANF (Asistencia en efectivo)?  No  Sí

¿Alguien en su familia está recibiendo SSI?  No  Si                      ¿Si marcó si, quién lo recibe? \_\_\_\_\_

**¿Está recibiendo ERDC (guarderías relacionadas con el empleo)?**  No  Sí

**Clase de opción:** *Haremos lo mejor para acomodar a su familia.* Por favor seleccione su preferencia abajo usando 1. primera opción 2. segunda opción 3. tercera opción 4. cuarta opción. Por favor ponga los números en las cajas.

- Cualquiera de     A.M. Clase (3.5 horas)     P.M. Clase (3.5 hrs)     Día Completo (7 horas)

**Vivienda:** Por favor marque el que aplique

- Carece de una residencia nocturna regular y adecuada\*
- Comparte la vivienda con otras personas debido a la perdida de vivienda, problemas económicos ó una razón similar\*
- Viviendo en moteles, hoteles, parques de trailas, ó campamentos debido a la falta de alojamiento ó vivienda alternativa\*
- Viviendo en refugios de emergencia ó transitorios.

**No tenemos vivienda. Personas sin hogar (Sección 725 (2) Ley McKinney-Vento de Asistencia para personas sin hogar) "Las personas que no tienen una residencia fija, regular y adecuada."**

**, Cuál es la definición de "niños de la calle"?**

El término "niños de la calle" tiene el significado dado al término "niños y jóvenes sin hogar" en la sección 725 (2) de la Ley McKinney-Vento. "Los niños sin hogar" se refiere a:

1. Las personas que no tienen una residencia fija, regular y adecuada, e
2. Incluye –
  - a. Niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o una razón similar, que viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes, o campamentos debido a la falta de alternativas de alojamiento adecuado, viven en situaciones de emergencia o refugios provisionales, son abandonados en hospitales, o están en espera de colocación en casas hogar;
  - b. Niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado, no diseñado para, el uso general de vivienda para los seres humanos;
  - c. Niños y jóvenes que están viviendo en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, estaciones de viviendas deficientes, autobús o tren, o lugares similares, y
  - d. Los niños migrantes que califican como personas sin hogar porque viven en las circunstancias descritas en a-c arriba.

**Ingreso anual: (de los últimos 12 meses ó del año pasado):** Prueba de su ingreso Familiar de los últimos 12 meses ó del año pasado es necesaria junto con su aplicación. Necesita proporcionar copias de todo lo que aplique: Talones de cheque, la forma W-2 del pago de impuesto del año pasado, carta de beneficios TANF ó SSI del departamento de DHS, resumen de desempleo de pagos ó ingresos recibidos, ó prueba de pagos de manutención del niño.

**Al firmar aquí abajo, doy permiso a la coordinadora de ERSEA de CSC Head Start de verificar toda la información documentada en esta aplicación.**

Firma del Padre	Fecha	Firma del Padre Secundario	Fecha

Nombre del Personal de Head Start	Firma del personal de Head Start	Fecha de recibido

**CSC Head Start en un proveedor y empleador que ofrecen oportunidad igual a todos**