

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 Oregón 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 1st, 541-574-7690

Toledo, 845 A St, 541-336-5113

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

www.communityservices.us

1 de 6

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

Información del Niño

_____ Sexo M F _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido Apodo 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 Medical?** 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 reciente 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 pérdida 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
6 de 6