

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

APLICACION DE CSC HEAD START 2019-2020
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 Dirección de correo electrónico

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código postal

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 _____
¿Está recibiendo SNAP? Si No

Información del Padre secundario ó Tutor

Nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____ Apellido _____ Relación con el niño _____

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 _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio _____

Marque aquí si es la misma dirección de arriba Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo (si es diferente) _____
Calle Ciudad Estado Código post

Información del Niño

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

Lenguaje Primario _____ Otro Lenguaje _____

¿Su niño habla Inglés en casa? Si No

Habilidades en Inglés 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 Medica? 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 (Ingreso suplementario de seguridad)?
 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.

5 de 6

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
6 de 6