

Head Start es un programa preescolar que apoya y prepara a los niños de bajos ingresos en el desarrollo social, emocional y cognoscitivo. El programa también incluye, salud, nutrición y otros servicios que se ofrecen a los niños inscritos y a sus familias. Desarrollamos una sociedad con la familia, ayudando a los padres a identificar y llevar a cabo sus propias metas, apoyándolos con la educación de sus niños y estableciendo relaciones positivas entre los padres y el personal de Head Start.

**La siguiente información es necesaria junto con su aplicación:**

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 del 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)

**ESCRITO POR PERSONAL DE HEAD START**

**INTERVIEW DATE** \_\_\_\_\_

**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.**

\_\_\_\_\_  
**STAFF SIGNATURE**





## **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  Negro  
 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 (dinero en efectivo) ó ERDC (pago de guardería por motivo de trabajo)**?  No  Si

¿**Alguien en su familia está recibiendo SSI**?  No  Si

¿Si marcó si, quién lo recibe? \_\_\_\_\_

**OPCIÓN DE CLASE:** ¿Prefiere la clase de la mañana ó de la tarde? Haremos lo posible de acomodar las necesidades de su familia.  Clase A.M.  Clase P.M.

