

# Head Start of Lane County y Early Head Start

221 B Street, Springfield OR 97477-4522

541-747-2425 · FAX : 541-747-6648 · <https://www.hsolc.org>

"Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida"



## Solicitud de Elegibilidad (Revisado 2/11)

Favor de llenar toda la solicitud usando información exacta. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial y la utilizaremos para determinar si su familia es elegible para los servicios de Head Start y Early Head Start y para darle orden de prioridad en la lista de espera.

Si tiene preguntas acerca de esta solicitud o necesita ayuda para llenarla, favor de llamar al 747-2425 ext 1200.

**¡Estamos para servirle!**

### Para mujeres embarazadas:

Nombre de la solicitante embarazada: \_\_\_\_\_ Fecha para dar a luz: \_\_\_\_\_

### Para niños/as solicitantes:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido/s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (favor de adjuntar comprobante: acta de nacimiento, tarjeta médica de OHP, documentos del hospital)

Sexo:  masculino  femenino

¿Qué idioma habla su hijo/a más fluído? .....  inglés  español  otro: \_\_\_\_\_

¿Qué otro idioma habla su hijo/a? .....  Inglés  español  otro: \_\_\_\_\_

### **Información del padre / madre / tutor legal** (La persona que firme la solicitud deberá llenar esta sección.)

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido/s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño/a: \_\_\_\_\_  
(por ejemplo: padre, madre, padre de crianza (foster), abuela, etc.)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (c.p.)

Correo (si es diferente al domicilio): \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (c.p.)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(casa) (trabajo) (mensaje)

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere usted comunicarse?  inglés  español  otro \_\_\_\_\_

### **Información del otro padre / madre / tutor legal**

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido/s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño/a: \_\_\_\_\_  
(por ejemplo: padre, madre, padre de crianza (foster), abuela, etc.)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (c.p.)

Correo (si es diferente al domicilio): \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (c.p.)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(casa) (trabajo) (mensaje)

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere usted comunicarse?  inglés  español  otro \_\_\_\_\_

# Tamaño de la Familia e Ingresos

Por ley, Head Start of Lane County solo puede proporcionar servicios a familias que: (1) tengan un ingreso familiar dentro o por abajo de la pauta Federal de pobreza (2) estén recibiendo alguna forma de asistencia pública (3) estén solicitando servicios de Head Start para un hijo/a de crianza (foster) (4) no tengan hogar en este momento. Head Start of Lane County también puede servir a un número limitado de familias con necesidades especiales que de otra manera no serían elegibles para el programa.

## Tamaño de la Familia

Para determinar si los ingresos de su familia están dentro o por abajo de la pauta Federal de pobreza, debemos saber cuántas personas hay en su familia así como el total de ingresos de su familia. Para nuestros fines, una familia es "...todas las personas viviendo en el mismo hogar las cuales son (1) mantenidas por el ingreso del padre/madre/ tutor(es) legal(es) del niño/a para el/la cual se solicitan los servicios de Head Start y (2) que son parientes del padre/madre/ tutor(es) legal(es) ya sea por consanguinidad, matrimonio o adopción.

Favor de anotar a todas las personas que viven en el hogar (incluyendo al niño/a para el/la cual se solicitan los servicios de Head Start) y que son mantenidas por los ingresos que se mencionan abajo. *(Si necesita más espacio, use otra hoja.)*

	Nombre completo <i>(Primer nombre, segundo nombre, apellidos)</i>	Parentesco con el niño/a	Fecha de nac.
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____

## Asistencia Pública y Cuidado de crianza (Foster)

¿Está su familia **actualmente** recibiendo beneficios TANF? .....  Sí  No

*(Los beneficios TANF incluyen dinero en efectivo continuo, Programas de evaluación, ERDC y Actividades y Servicios de Retención. NO incluyen estampillas de comida, tarjeta médica de OHP o asistencia de emergencia.)*

Favor de proporcionar su número de seguro social: \_\_\_\_\_ o comprobante de que esta recibiendo beneficios TANF actualmente.

¿Está usted o cualquiera en su familia recibiendo **actualmente** Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)? .....  Sí  No

*(Si tiene preguntas sobre el tipo de ingreso del seguro suplementario que está recibiendo, favor de llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213.)*

¿Está usted llenando ésta solicitud para un niño/a que el Estado de Oregon ha puesto en su cuidado (foster)?  Sí  No

¿Está su familia sin hogar en **este momento**? .....  Sí  No

*(incluye familias viviendo temporalmente en albergues, hoteles, vehículos o mudándose frecuentemente entre los hogares de parientes y amistades)*

**Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, usted automáticamente es elegible para recibir servicios de Head Start. Favor de adjuntar comprobantes y continuar en la siguiente página.**

## Ingresos de la Familia

Las fuentes de ingresos (ver definición abajo) deben incluir el total de ingresos de los últimos 12 meses o del año anterior de todos los miembros de la familia que anotó arriba, proporcione el que mejor refleje su situación familiar actual.

**FAVOR DE INCLUIR UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Talones de cheques (12 meses) | <input type="checkbox"/> Formulario de declaración de impuestos 1040 forma extendida (Individual Income Tax Form, expanded 1040) |
| <input type="checkbox"/> Formularios W2                | <input type="checkbox"/> Declaración escrita de su empleador / Sobres de pago  |

**FAVOR DE INCLUIR UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE INGRESOS ADICIONALES, SI APLICAN**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información de desempleo     | <input type="checkbox"/> Información de manutención de hijos |
| <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Carta de Beca o Ayuda Financiera    |

DEFINICIÓN DE INGRESOS EN EL PROGRAMA DE HEAD START: Ingresos se refiere a la cantidad completa de dinero recibida de todas las fuentes, con ciertas excepciones. Ingreso incluye: (1) dinero, sueldo o salario antes de las deducciones; (2) ingreso neto de no granjero o granjero autónomo; (3) jubilación del seguro social o ferrocarril; (4) compensación por desempleo, beneficios por huelgas, compensación al trabajador, beneficios de veterano o asistencia pública; (5) estipendios por capacitación; (6) pensión alimenticia, manutención de hijos, complemento familiar militar, otro ingreso regular de parte de un miembro de la familia ausente o que no viva en la misma casa; (7) pensión privada, pensión del gobierno incluyendo jubilación militar, pagos de aseguradora, renta vitalicia; (8) becas universitarias o colegiales, profesorado adjunto, beca de investigación; (9) dividendos, intereses, ingreso neto por arrendamiento, regalías netas, recibos de sucesión o fideicomiso; (10) ganancias netas por concepto de juegos de lotería o apuestas

# Otra Asistencia

¿Está actualmente recibiendo asistencia de otra agencia? (Marque todas las que apliquen)

- Ayuda con la electricidad     Estampillas de alimentos     Vivienda subsidiada (bajos recursos, sección 8)

¿Está su hijo/a actualmente recibiendo cobertura médica o dental de parte del Plan de Salud de Oregon (OHP)? .....  Sí     No

## Prioridad

La siguiente información se usará para dar orden de prioridad a su familia en la lista de espera.

**Favor de marcar todos los que apliquen.**

### DIAGNOSTICOS MÉDICOS O PROBLEMAS BIOLÓGICOS

Favor de indicar cualquier diagnostico médico o biológico que actualmente afecte a su hijo/a:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD                          | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca                 |
| <input type="checkbox"/> Asma (que requiere medicamento)   | <input type="checkbox"/> Ataques (que requiere medicamento) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Lesión traumática al cerebro       |
| <input type="checkbox"/> Eczema (que requiere medicamento) | <input type="checkbox"/> Impedimento de la vista            |
| <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo              | <input type="checkbox"/> Otro                               |

### DISCAPACIDADES DIAGNOSTICADAS

Favor de indicar cualquier discapacidad diagnosticada en su hijo/a por la cual este recibiendo Servicios de Educación Especial Temprana. Proporcione una copia de elegibilidad del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) y carta explicatoria.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo                  | <input type="checkbox"/> Desorden emocional/ comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Desorden de comunicación | <input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico             |
| <input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo    |   |

**Su firma es requerida** para intercambiar información con Early Childhood CARES \_\_\_\_\_

### CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES

Favor de indicar todas las circunstancias que le hayan ocurrido a la familia inmediata de su hijo/a.

#### EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS (24 meses)

- Abuso o negligencia infantil
- Muerte en la familia
- Divorcio
- Violencia doméstica
- Drogadicción o alcoholismo
- Encarcelamiento del padre, madre o tutor
- Trabajador Migrante
- Sin hogar (incluye familias viviendo temporalmente en albergues, hoteles, vehículos o mudándose frecuentemente entre los hogares de parientes y amistades)

#### ACTUALMENTE

- Padre/s de familia o tutor/es legal/es necesita/n intérprete
- El niño es hijo/a de crianza/a otorgado a usted por el estado de Oregon
- Niño/a no está en cuidado de crianza y no vive con los padres biológicos o adoptivos
- Solo un adulto vive en la casa
- Padre/madre o tutore/s están desplegados en las Fuerzas Militares
- Padre/madre o tutor/es están recibiendo ingresos por discapacidad (proporcione comprobante)
- Otro

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Si desea que lo consideren para Head Start aunque no cumpla con los requisitos para ser elegible, favor de describir los retos y circunstancias especiales de su familia.

# Opciones del Programa

Favor de revisar las opciones de programas en la parte de abajo e indique el que mejor convenga a las necesidades de su familia.

## Programa de Early Head Start Program (12 meses)

¿Está solicitando Early Head Start? .....  Sí...  No

## Programa de Día Completo (12 meses)

¿Está solicitando Día Completo?...  Sí...  No

- Designado para padres de familia que trabajan o estudian y que son **elegibles y necesitan servicios de cuidado de niños**
- **No** hay servicio de transporte
- Se hacen visitas a casa durante el año
- Típicamente están abiertos de lunes a viernes de 7:30-5-30

¿Está trabajando? .....  Yes .....  No . ¿Recibe subsidio para cuidado de niños por estar trabajando (ERDC)?..  Sí...  No

¿Está estudiando?.....  Yes .....  No . ¿Recibe ayuda financiera para asistir a la escuela? .....  Sí...  No

¿Es usted parte del programa de trabajo (jobs program)?.....  Sí...  No

¿Necesita cuidado de niños por más de tres horas y media (3½) al día? .....  Sí...  No

**Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas de arriba, usted podría ser elegible para los servicios de Día Completo de Head Start o Guarderías en la comunidad.**

**FAVOR DE PROPORCIONAR COMPROBANTES (Carta de DHS mostrando horas aprobadas para cuidado de niños así como su co-pago, comprobante de ayuda financiera del año corriente, etc.)**

## Programa de Medio Día (9 meses)

¿Está solicitando Medio Día? .....  Sí....  No

- 3 ½ horas al día, de martes a viernes, sesiones de AM y PM.
- Transporte disponible pero limitado
- Se hacen visitas a casa durante el año

¿Puede usted proporcionar transporte para que su hijo/a asista a la escuela? .....  Sí .  No

¿Necesita transporte para otro lugar que no sea su casa? .....  Sí .  No

- A note la dirección en la que necesita que se recoja a su hijo/a \_\_\_\_\_
- A note la dirección en la que necesita que se deje a su hijo/a \_\_\_\_\_

## Declaración de Verdad

Bajo pena de perjurio, yo declaro que soy padre / madre o tutor legal del niño solicitando los servicios de Head Start, y que, en mi mejor entendimiento, toda la información que he proporcionado es completa y correcta. Yo entiendo que si deliberadamente doy información falsa acerca de la situación de mi familia, mi familia podría no ser elegible para servicios futuros.

Yo autorizo a Head Start para que verifique los ingresos de mi familia y situación con el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (DHS) y con mi empleador, si es necesario.

\_\_\_\_\_  
(firma del padre / madre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(numero de seguro social (no es requerido))

\_\_\_\_\_  
(fecha)

**Head Start of Lane County no discrimina niños o familias en base a su raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual, estado civil o familiar.**

### Para Uso De La Oficina Solamente

Date received: \_\_\_\_\_

WebCAF #: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_