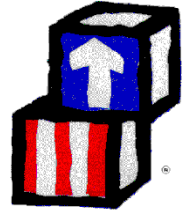


HEAD START of LANE COUNTY

221 B Street, Springfield OR 97477-4522 • 541-747-2425 • (FAX) 541-747-6648 · <http://www.hsolc.org>
 "Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida"



Solicitud de Elegibilidad (Revisado 9/17)

Información del solicitante y miembros de la familia

NIÑO/A O EMBARAZADA SOLICITANTE						
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento <i>(mostrar comprobante)</i>		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en Inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Seguro de salud	Elegibilidad para OHP <input type="checkbox"/> No es elegible <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Tiene Medicaid/OHP: #:		Doctor/clínica – Dentista/clínica		Embarazadas Fecha del parto: _____ ¿Embarazo de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
LISTA DE ADULTOS						
Adulto – 1						
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento <i>(mostrar comprobante)</i>		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco del adulto con el niño solicitante <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Grado más alto terminado <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Dá apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente	
Correo electrónico: _____						
Adulto – 2						
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento <i>(mostrar comprobante)</i>		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco del adulto con el niño solicitante <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Grado más alto terminado <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Dá apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente	
Correo electrónico: _____						

LISTA DE ADULTOS

Adulto – 3

Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento (mostrar comprobante) - -		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco del adulto con el niño solicitante		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Cuidado temporal	
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Grado más alto terminado <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Estudiante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente	

NOTA

**Si hay más adultos o niños de los espacios proporcionados,
favor de anotarlos en una hoja separada e inclúyala con la solicitud.
No olvide anotar todos los niños que viven en ésta dirección incluyendo niños en cuidado temporal (Foster).**

LISTA DE NIÑOS

Niño adicional 1		<i>¿Está solicitando este niño servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</i>				
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento (mostrar comprobante) - -		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco del adulto con el niño		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Cuidado temporal	
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Niño adicional 2		<i>¿Está solicitando este niño servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</i>				
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos		
Nombre preferido			Fecha de nacimiento (mostrar comprobante) - -		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco del adulto con el niño		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Cuidado temporal	
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- Ingreso del año pasado.
 Ingreso de los pasados 12 meses.

Estado de TANF: Sí No
 Anteriormente en TANF pero no en este momento

SSI: Sí No

Información de la familia y contactos de emergencia

Página 3

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Dirección de la familia

Dirección donde vive	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	

Información de vivienda

¿Es la dirección postal igual a la dirección donde vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha en que empezó a usar esta dirección postal				
Número de teléfono(s)	Tipo (marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	Nota (extensión y hora conveniente para llamar)	Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuantos padres de familia (marque uno) <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	Familia sin vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicio activo Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Remitido por la Agencia de Protección a la Niñez <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recibe SNAP (Estampillas de alimentos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de WIC (si aplica)

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto 1	Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
	Número de teléfono 1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo			
Contacto 2	Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
	Número de teléfono 1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo			
Contacto 3	Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
	Número de teléfono 1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo			

Declaro que esta información es verdadera. Si alguna parte fuera falsa, mi participación en los programas de esta Agencia podrían ser terminados y podría ser sujeto a una acción legal. También declaro que soy el padre/madre o tutor legal del niño/a solicitando servicios de Head Start. Autorizo a Head Start compartir mi información con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), con Preschool Promise y con Relief Nursery con el propósito de coordinar servicios de inscripción y ubicación.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Otras Asistencias

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

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

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.)

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS O PROBLEMAS BIOLÓGICOS

Favor de indicar cualquier diagnostico médico o biológico que actualmente afecte al niño/a:

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

DISCAPACIDADES IDENTIFICADAS

Favor de indicar cualquier discapacidad diagnosticada en el niño/a por la cual esté 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 del niño/a.

En los últimos 2 años (24 meses)

- Abuso o negligencia infantil
- Muerte en la familia
- Divorcio / separación de la familia
- Violencia doméstica
- Drogadicción o alcoholismo
- Padre/madre/tutor en la cárcel
- 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/a es hijo/a de crianza otorgado a usted por el estado de Oregón
- El niño/a no está en cuidado de crianza y no vive con los padres biológicos o adoptivos
- Solo un adulto vive en 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 de elegibilidad, favor de describir los retos y circunstancias especiales por los que está pasando su familia.