

ESPAÑOL

Head Start of Lane County

221 B Street
Springfield OR 97477-4522

541-747-2425 • Fax: 541-747-6648

<http://www.hsolc.org>

Head Start of Lane County
221 B Street
Springfield OR 97477-4522



PARA:

**Sirviendo a Niños y Familias
en Lane County**

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

Head Start of Lane County

Las modalidades de Head Start y Early Head Start proporcionan servicios integrales a mujeres embarazadas y familias con bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar.

Early Head Start

Si usted tiene un niño entre las edades de 0-36 meses (que no haya cumplido 3 años antes del 1^{ro} de septiembre del año a ser inscrito) podría ser elegible para una de las opciones dentro de la modalidad de Early Head Start el cual opera todo el año (*12 months*):

- **Opción Basado en el Hogar**

Consiste en visitas semanales a casa con usted y el niño y en grupos de juego dos veces al mes en donde usted y el niño interactúan con otros padres/madres y niños en un salón y durante los Grupos de Padres. Se proporcionará bocadillos durante todos los grupos.

- **Opción Combinado**

Los niños asisten a la escuela 2 días a la semana. Las familias reciben dos visitas a casa al mes. Se proporcionará bocadillos durante todos los grupos.

- **Opción Prenatal**

Esta opción consiste en visitas a casa durante su embarazo para proporcionar educación y apoyo. Una vez que el bebé haya nacido él/ella estará automáticamente inscrito en Opción Basado en el Hogar mencionada arriba.

Head Start

Si usted tiene un niño que cumpla 3 ó 4 años de edad para el 1^{ro} de septiembre del año que va a ser inscrito, usted podría ser elegible para una de las opciones dentro de la modalidad de Head Start:

- **Opción de Medio Día (*9 meses*)**

Los niños asisten 4 días a la semana en sesiones de 3½ horas, turno de la mañana y de la tarde. El enfoque es la preparación para el kínder. Las familia reciben visitas a casa y conferencias padres/maestros. Opera de septiembre a junio.

- **Opción Día con Horario Extendido (*10 meses*)**

Es para niños de 3-5 años de edad. Los niños asisten 5 días a la semana en sesiones de 6 horas. Opera por 10 meses al año.

- **Opción de Día Completo (*12 meses*)**

Es para familias que trabajan o asisten a la escuela y necesitan cuidado de niños de tiempo completo. Opera de lunes a viernes, todo el año. Las familias también reciben visitas a casa y conferencias.

Favor de llenar la solicitud completamente ya que contiene información que es usada para determinar la elegibilidad del niño para los servicios de Head Start y Early Head Start. **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD O SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, FAVOR DE LLAMAR AL 541-747-2425.**

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Favor de llenar esta solicitud completamente ya que contiene información importante que se utilizará para determinar si el niño es elegible para recibir servicios de Head Start. **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD O SI TIENE PREGUNTAS, FAVOR DE LLAMARNOS AL (541) 747-2425.**

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LE PUEDE SER ÚTIL AL LLENAR LA SOLICITUD.

- **Información General** (*página uno*): Necesitaremos comunicarnos con usted para inscribir al niño. Si se cambia de casa o cambia su número de teléfono después de llenar esta solicitud, es su responsabilidad notificarlo a Head Start. Sólo la mujer embarazada, un padre / madre o tutor legal pueden firmar esta solicitud. Debe presentar comprobante de la fecha de nacimiento del niño mediante uno de los siguientes documentos: acta de nacimiento, tarjeta médica del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan), documentos del hospital, etc. No es necesario que nos proporcione un Número de Seguro Social (SSN) para ser elegible para Head Start.
- **Ingresos** (*página dos*): Si su familia actualmente está recibiendo beneficios TANF de DHS, Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) o está proporcionando cuidado de crianza (foster) al niño que desea inscribir, usted automáticamente es elegible para Head Start y no necesitará proporcionar comprobantes de ingresos. Sin embargo, es necesario que proporcione documentación que acredite que su familia está recibiendo actualmente TANF, SSI o proporcionando cuidado a un niño de crianza (foster). Si usted no tiene en este momento vivienda estable usted es automáticamente elegible para Head Start y no necesita proporcionar documentación de sus ingresos.
- **Prioridad** (*página tres*): Favor de llenar esta página cuidadosamente - la información que nos proporcione en ésta sección nos ayudará a darle orden de prioridad al lugar que ocupe el niño en la lista de espera.
- **Firma** (*página cuatro*): Esta sección debe tener su firma y la fecha.

Una vez que llene la solicitud, favor de adjuntar comprobante de nacimiento del niño y comprobante de ingresos de su familia. Lleve o envíe por correo la solicitud a:

**Head Start of Lane County
221 B Street
Springfield, OR 97477**

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS?

Nos comunicaremos con usted por correo o por teléfono acerca de la situación de su solicitud.

APPLICATION INSTRUCTIONS

Please fill out this application completely. It contains important information that is used to determine your child's eligibility for Head Start services. **IF YOU NEED HELP IN COMPLETING THE APPLICATION, OR HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL US AT (541) 747-2425.**

THE FOLLOWING INFORMATION MAY BE HELPFUL AS YOU ARE COMPLETING THE APPLICATION.

- **General Information** (*page one*): We must be able to reach you in order to enroll your child. If you move or change your phone number after completing this application, it is your responsibility to notify Head Start. Only a pregnant mother, parent or legal guardian may sign this application. You must provide proof of your child's date of birth with one of the following types of documents: Birth Certificate, hospital documentation, etc. You do not need to provide a Social Security Number (SSN) in order to be eligible for Head Start.
- **Income** (*page two*): If your family is a current recipient of TANF benefits from DHS, is receiving Supplemental Security Income (SSI), or is providing foster care for the child you are applying for, you automatically qualify for Head Start. You do not need to provide proof of income, but you must provide documentation that your family is currently receiving TANF, SSI or providing care for a foster child. If you are currently homeless, you are automatically eligible for Head Start and do not need to provide documentation of income.
- **Priority** (*page three*): Please fill out this page carefully – the information you provide in this section will help us prioritize your child's placement on the waiting list.
- **Signature** (*page four*): This affirmation must be signed and dated.

Once you have completed the application, please provide proof of your child's date of birth and proof of your family income and mail or bring your application to:

**Head Start of Lane County
221 B Street
Springfield, OR 97477-4522**

WHAT HAPPENS NEXT?

You will be contacted, either by phone or by mail, regarding the status of your application.

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 (mostrar comprobante)		Género
			- -		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza		Hispano	Proficiencia en Inglés	Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma
<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:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Seguro de salud	Elegibilidad para OHP		Doctor/clínica – Dentista/clínica		Embarazadas
	<input type="checkbox"/> No es elegible <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Tiene Medicaid/OHP: #:				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 (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		Hispano	Proficiencia inglés	Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma
<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:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Grado más alto terminado		Estatus de empleo		Custodia	Marque todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		<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		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente
Correo electrónico:					
Adulto – 2					
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		Hispano	Proficiencia inglés	Otro Idioma	Proficiencia en otro idioma
<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:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Grado más alto terminado		Estatus de empleo		Custodia	Marque todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		<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		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da 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		¿Está solicitando este niño servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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		¿Está solicitando este niño servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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? Sí 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="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>	<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) <input type="text"/>
---	---	--	---	---	--	---

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto 1	Nombre completo (nombre y apellidos) <input type="text"/>		Parentesco <input type="text"/>		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección <input type="text"/>		Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	
	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) <input type="text"/>		Parentesco <input type="text"/>		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección <input type="text"/>		Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	
	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) <input type="text"/>		Parentesco <input type="text"/>		¿Puede recoger al niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección <input type="text"/>		Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>	
	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 <i>(que requiere medicamento)</i> | <input type="checkbox"/> Impedimento de la vista | <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eczema <i>(que requiere medicamento)</i> | <input type="checkbox"/> Ataques <i>(que requieran medicamento)</i> |
| <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 tutor/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.