

Español

Head Start of Lane County

221 B St
Springfield, OR 97477-4522

541-747-2425 • Fax:541-747-6648
www.hsolc.org



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
221 B St
Springfield, OR 97477-4522

Head Start of Lane County

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

Early Head Start

Si usted tiene un niño entre las edades de 0-36 meses (que no haya cumplido 3 años antes del 1ro. 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 meses*):

- **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 Grupos de Padres. Se proporcionara 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 el/ella estará automáticamente inscrito en Opción Basado en el Hogar mencionada arriba.

Head Start

Si usted tiene un niño que cumpla 3 o 4 años de edad para el 1ro 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 3 ½ horas, turno de la mañana y de la tarde. El enfoque es la preparación para el kínder. Las familia reciben vistas a casa y conferencias padres/maestros. Opera de Septiembre a Mayo.
- **Opción de 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 Septiembre a Junio.
- **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**

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 03/19)

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		Servicio activo militar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	
				- -	
				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		Servicio activo militar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento	
				- -	
				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		Last	
Nombre preferido			Fecha de nacimiento - -		Genero <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"/> Orto:					
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en ingles <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
Highest Grade Completed <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones / Certificados		Employment Status <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"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	Check all that apply: <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 esta dirección incluyendo niños en cuidado temporal (Foster).

LISTAS DE NINOS

Nino adicional 1		<i>¿Estas solicitando este niño servicios?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos	
Nombre preferido			Fecha de nacimiento - -		Gender <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco del adulto con el niño <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Orto:					
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en ingles <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"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficiente
Nino adicional 2		<i>¿Estas solicitando este niño servicios?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos	
Nombre preferido			Fecha de nacimiento - -		Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco del adulto con el niño <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Orto:					
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Proficiencia en ingles <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

INFORMACION DE ELEGILIDAD	
<input type="checkbox"/> Ingresos del año pasado <input type="checkbox"/> Ingresos de los pasados 12 meses	TANF Status: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente en TANF pero no en este momento
	SSI: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Información de la familia y contactos de emergencia

INFORMACION DE LA FAMILIA				
Dirección de la familia				
Dirección donde vive	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

INFORMACION DE VIVIENDA			
¿Es la dirección postal igual a la dirección donde vive?		Fecha en que empezó a usar esta dirección postal	
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Numero de teléfono(s)	Tipo (marque uno)	Nota (extensión y hora conveniente para llamar)	Mensajes de texto
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuantos Padres De familia	Familia sin Vivienda	Remitido por la Agencia de Protección al Niñez	Recibe SNAP (Estampillas de alimentos)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			WIC
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			WIC ID (si aplica)

CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco	Can Pick Up Child?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Numero de teléfono 1	Numero de teléfono 2	Numero de teléfono 3	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco	Can Pick Up Child?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Numero de teléfono 1	Numero de teléfono 2	Numero de teléfono 3	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre completo (nombre y apellidos)		Parentesco	Can Pick Up Child?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Numero de teléfono 1	Numero de teléfono 2	Numero de teléfono 3	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	<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), Preschool Promise, Relief Nursery, y representantes del McKinney-Vento, con el propósito de coordinar servicios de inscripción y ubicación.

Firma del padre/madre/tutor: _____ 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 MEDICOS O PROBLEMAS BIOLÓGICOS

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Lesion 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 requiere medicamento)</i> |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

DISCAPACIDADES IDENTIFICADAS

Favor de indicar cualquier discapacidad diagnosticada en el niño/a por la cual este recibiendo Servicios de Educación Especial Temprana.

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

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 familiar
- 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 interprete
- 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 recibiendo ingresos por discapacidad *(proporcione comprobante)*
- Other:

CIRCUMSTANCIAS 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.