

Estimado Padre o Guardián,

Adjunto esta la Aplicación Preescolar de Head Start que usted solicitó para el año escolar 2021-2022.  
Damos la bienvenida a todos los estudiantes, independientemente de su nacionalidad o lugar de nacimiento/No se requiere prueba de ciudadanía

Por favor llene todas las formas completamente y incluya comprobante de la fecha de nacimiento del niño, comprobante de ingreso, y el registro de vacunación del niño. Familias sin vivienda pueden aplicar sin comprobante de ingreso, y pueden someter el comprobante de fecha de nacimiento y el registro de vacunación después si no los tienen disponibles.

Un paquete de aplicación completo debe incluir lo siguiente:

- Asegúrese de firmar y poner la fecha en donde se indique.
- Copia de la acta de nacimiento del niño o el registro de nacimiento del hospital.
- El registro de vacunación del niño.
- Y, si corresponde, uno de los siguientes documentos:
  - ✓ Comprobante **actual** (dentro de los últimos 30 días) que recibe Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Impuesto Suplementarios (SSI)
  - ✓ Padres de Adopción Temporal necesitan proveer solamente comprobante de la colocación del niño por DHS Bienestar de Niños.
  - ✓ Si no recibe nada de lo que mencionamos arriba, por favor someta comprobante de ingreso por los últimos 12 meses o del año pasado

**Entregar uno de los siguientes documentos:**

- ❖ Forma 1040 de impuestos (páginas 1 y 2)
- ❖ W2 forma(s) todas que se recibieron por el año
- ❖ Talones de cheques (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
- ❖ “**FSRN**” declaración del Departamento de Servicios Humanos (enseñando ingresos reportados por usted a DHS)

**Y, si es aplicable cualquiera de los siguiente** (en adición a su comprobante de ingresos de la parte de arriba)

- ❖ Cartas de ayuda financiera
- ❖ Talones de desempleo
- ❖ Copias de la manutención de niño o cheques
- ❖ Ciertos tipos de pago militar (algunos son exentos, por favor de llamar si necesita información)
- Si su niño tiene necesidades especiales, por favor proporcione documentación que usted tenga al respecto. Esto puede ser información de un doctor o un proveedor de servicios especiales.

Después de que recibamos su aplicación, será procesada por el programa que le corresponda y puntuación basada en las necesidades de su niño y ingreso de su familia. **Completando la aplicación no le garantiza a su niño un lugar en el salón de clase.** Si tiene preguntas sobre el proceso de la aplicación, por favor llame a uno de los números de abajo. Paquete completo de la aplicación debe ser enviado por correo o traído a una de estas direcciones:

<b>Community Action Head Start</b> (503) 581-1152                      hs.app@mwwcaa.org	<b>Salem-Keizer Head Start</b> (503) 399-5510                      prekapplications@salkeiz.k12.or.us	
<b>Oficina/Correo:</b> 2475 Center St NE Salem, OR 97301	<b>Oficina:</b> 1850 45 <sup>th</sup> Ave NE Salem, OR 97305	<b>Correo:</b> PO Box 12024 Salem, OR 97309



## Hoja de Ingresos de la Familia

(Debe incluirse con la aplicación)

Preescolar de Head Start para el año escolar 2021-2022  
Community Action Head Start y Salem Keizer Head Start

1. ¿El niño está en hogar de cuidado adoptivo temporal por el estado?
  - Sí - agregue la prueba de colocación de DHS y pase al paso 6
  - No – pase al paso 2
  
2. ¿Su familia recibe Seguridad de Impuesto Suplementarios (SSI) o Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?
  - Sí - agregue prueba **actual** (dentro de los últimos 30 días) que recibe SSI o TANF y pase al paso 6
  - No – pase al paso 3
  
3. ¿Su familia está actualmente sin hogar?
  - Sí - Actualmente estamos sin hogar en el momento que llené la aplicación que cumple con la Definición Federal de personas sin hogar de la “Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento”. Los niños y jóvenes sin hogar se definen como aquellos que carecen de una residencia nocturna fija, regular o adecuada, incluyendo:
    - ✓ Compartiendo el hogar de otros debido a la pérdida de nuestro hogar, dificultades económicas o razones similares.
    - ✓ Emergencia o refugios de transición.
    - ✓ Moteles, parque de casas móviles o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo.
    - ✓ Vehículos, parques, otros espacios públicos.
    - ✓ Edificios abandonados o viviendas deficientes.
    - ✓ Estudiantes migrantes que viven en cualquier situación mencionada anteriormente.

No presentó prueba de ingreso porque nuestra familia es elegible porque cumplimos con la definición federal de personas sin hogar. Pase al paso 6 y firme y escriba la fecha en la Hoja de Ingresos de la Familia.

- No – pase al paso 4.

4. Marque las cajas para todo el tipo de comprobante de ingreso que usted proporcionara con su aplicación. El ingreso puede ser por los últimos 12 meses o por el año pasado. Todos los ingresos tienen que ser reportados de los padres/guardianes quienes viven con el niño/niña. No necesita reportar el ingreso de otros miembros de la familia que viven en la casa o de padres/guardianes que no vivan con el niño/niña.

**Entregar uno de los siguientes documentos y pase al paso 6.**

- Forma 1040 de impuestos (paginas 1 y 2)
- W2 forma(s) todas que se recibieron por el año
- Talones de cheques (todos los periodos de pago de los últimos 12 meses o del año pasado)
- "FSRN" declaración del Departamento de Servicios Humanos (enseñando ingresos reportados por usted a DHS)

**Y, si es aplicable, entregar cualquiera de los siguientes documentos** (en adición a comprobante de ingresos de la parte de arriba) y pase al paso 6.

- Declaración de desempleo o talones de cheques de desempleo
- Declaración de manutención de niño o talones de cheques
- Ayuda financiera o cartas de premio de beca
- Declaración de pensión o talones de cheques
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

- 5 **Si no tuvo ingreso los últimos 12 meses, por favor entregué una declaración explicando como usted y su niño/niña fueron apoyados durante cada uno de los últimos 12 meses, por favor incluya la fecha y su firma.**

- 6 Firme y anote la fecha para indicar que usted declara la información de arriba es correcta y verdadera, y que ha reportado todo el ingreso por el periodo designado de los padres/guardianes que viven en la casa con el niño/niña.

Nombre de Padre/Madre/Guardián (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Aplicación Preescolar de Head Start para el Año Escolar 2021-2022

Community Action Head Start & Salem-Keizer Head Start

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma que habla en casa: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenina ¿Qué tan bien habla su niño Ingles?  Muy Bien  Bien  Muy Poco  Nada

Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Código Postal*

(marque todas las que apliquen)

Viviendo Actualmente  Correo  Autobús lo recoge  Autobús lo deja

Domicilio Adicional: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Código Postal*

(marque todas las que apliquen)

Viviendo Actualmente  Correo  Autobús lo recoge  Autobús lo deja

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_  Mensaje  Celular

¿Su niño/a tiene un diagnóstico medico?  Sí  No Sí es que sí, que diagnóstico fue dado \_\_\_\_\_

¿Su niño/a califica para servicios de educación especial?  Sí  No

¿Tiene su niño/a un Plan de Servicios Familiares Individualizados? Sí, es que sí, nombre del especialista \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma que habla en casa: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenina ¿Qué tan bien habla el Inglés?  Muy Bien  Bien  Muy Poco  Nada

Relación con el Niño:  Padre/madre  Padrastro/madrastra  Padres de adopción temporal  Pariente  Guardián legal

¿Vive con el niño?  Sí, vive con el niño  No (proporcione domicilio abajo)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Código Postal*

Números de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa/Celular  Trabajo  Mensaje  Casa/Celular  Trabajo  Mensaje  Correo electrónico

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo (32-40 horas por semana)  Medio Tiempo  Estudiante

Ama de casa  Desempleado  Otro (explique): \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma que habla en casa: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenina ¿Qué tan bien habla el Inglés?  Muy Bien  Bien  Muy Poco  Nada

Relación con el Niño:  Padre/madre  Padrastro/madrastra  Padres de adopción temporal  Pariente  Guardián legal

¿Vive con el niño?  Sí, vive con el niño  No (proporcione domicilio abajo)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Código Postal*

Números de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Casa/Celular  Trabajo  Mensaje  Casa/Celular  Trabajo  Mensaje  Correo electrónico

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo (32-40 horas por semana)  Medio Tiempo  Estudiante

Ama de casa  Desempleado  Otro (explique): \_\_\_\_\_

Tipo de Familia:  Dos Padres  Padre/Madre Soltero/a  Otro Pariente  
 Guardián Legal  Hogar de adopción temporal (trabajador social: \_\_\_\_\_)

¿Cuántas personas de su familia inmediata viven en su hogar? Adultos \_\_\_\_ Niños \_\_\_\_

Recibe su Familia: ¿Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  Sí  No ¿Manutención de Niño?  Sí  No  
 ¿Cómo se enteró de Head Start?  De forma oral  Folleto  Letrero de jardín  Distrito escolar  Departamento de Salud  
 Programa de Padres Adolescentes  Head Start de Temprana Edad  Family Building Blocks  WESD  Referencia  Otro: \_\_

Tengo un niño que actualmente está inscrito en Head Start. Nombre del niño: \_\_\_\_\_

¿El niño por quien está aplicando ha recibido servicios de Head Start o Head Start de Temprana Edad?  Sí  No  
 Si es que sí, nombre del programa: \_\_\_\_\_

- ✓ Servicios de todo el día todo el año son ofrecidos a padres que trabajan al menos 25 horas de lunes a viernes durante el día. Si están recibiendo servicios de Empleo Relacionado Con El Cuidado De Niños o están dispuestos aplicar, marque esta caja  (sin servicio de autobús)
- ✓ Servicios de todo el día año escolar son ofrecidos en Salem a padres que asisten a la escuela tiempo completo. Si están interesados marque esta caja  (sin servicio de autobús)
- ✓ Clases de todo el año/más horas con o sin servicio de autobús. Si están interesados marque esta caja
- ✓ Si trabaja para MWVCAA o SKHS, por favor indique para qué programa trabaja:  
 \_\_\_\_\_

**ASUNTOS ESPECIALES (Marque todo lo que aplique):** Esta información se utiliza para determinar las necesidades de su niño, y no se compartirá con otra agencia. Toda la información que usted provee a Head Start es confidencial.

**Familia**

- Padre/Madre actualmente tiene problemas con drogas o alcohol  Familia gravemente afectada por un desastre natural
- Padre/Madre ha tenido problemas con drogas o alcohol en el pasado y esta en recuperación ahora
- Padre/Madre o familia actualmente está recibiendo consejería de salud mental individual o de familia
- Padre/Madre tiene una discapacidad diagnosticada  Padre/Madre tiene una condición de Salud Mental
- Hermano/Hermana tiene una discapacidad diagnosticada  Hermano/Hermana tiene una condición de Salud Mental
- Padre/Madre ha fallecido o tiene una enfermedad terminal  La familia no tiene un vehículo
- Padre/Madre está encarcelado/a  Padre/Madre está en libertad condicional
- Padre/Madre está ausente por el servicio militar activo  Padre/Madre está ausente debido a deportación o en proceso
- Padre/Madre no lee ni escribe en ningún idioma  Padre/Madre no termino la preparatoria o el GED
- Miembro del hogar participa en una pandilla  Madre tenía 17 años o menos cuando este niño nació
- Familia está en el proceso de desalojo. Por cuánto tiempo? \_\_\_\_  Padre/Madre está fuera de casa debido al trabajo. ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_

**Niño/a**

- Preocupación del desarrollo físico o comportamiento (especifique): \_\_\_\_\_
- Niño/a tiene una condición de salud grave (especifique): \_\_\_\_\_
- Niño/a fue expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo  Niño/a está expuesto a humo de segunda mano
- Niño/a está actualmente recibiendo consejería de salud mental individual
- Niño/a ha sufrido o presenciado cualquier tipo de abuso (físico, emocional, sexual, verbal, etc...)
- Niño/a está sufriendo trauma debido a un divorcio o separación en la relación de los padres. ¿Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Declaro que la información dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento y he reportado todo el ingreso. **Entiendo que esta aplicación no garantiza la entrada al programa de Head Start.** Entiendo que los niños serán ubicados de acuerdo a sus resultados y ubicación geográfica. Entiendo que esta aplicación es usada conjuntamente por Community Action Head Start y Salem-Keizer Head Start y autorizo a cada programa enviar esta aplicación y documentos agregados al programa que es apropiado para las necesidades de mi familia y ubicación geográfica.

Firma de Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe la aplicación completa y los documentos requeridos a una de las siguientes direcciones:**

<b>Community Action Head Start</b> (503) 581-1152      hs.app@mwvcaa.org		<b>Salem-Keizer Head Start</b> (503) 399-5510      preapplications@salkeiz.k12.or.us	
<b>Oficina/Correo:</b> 2475 Center St NE Salem, OR 97301		<b>Oficina:</b> 1850 45 <sup>th</sup> Ave NE Salem, OR 97305	<b>Correo:</b> PO Box 12024 Salem, OR 97309