

Head Start of Lane County

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 9/17)

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 servicios 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 541-747-2425.

¡Estamos para servirle!

Para mujeres embarazadas:

Nombre de la solicitante embarazada: _____ Fecha para dar a luz: _____
(primer, segundo, apellido/s)

Para niños solicitantes:

Nombre del niño: _____
(primer, segundo, 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 el niño más fluido?..... inglés español otro: _____

¿Qué otro idioma habla el niño?..... 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, segundo, apellido/s)

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el niño: _____
(por ejemplo: padre, madre, padre de crianza, 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, segundo, apellido/s)

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el niño: _____
(por ejemplo: padre, madre, padre de crianza, 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 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 para el 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 para el 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	Fecha de nac.
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____

Eligibilidad Automática

Si contesta "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, usted es automáticamente elegible por sus ingresos para recibir servicios de Head Start. Se le pedirá que proporcione comprobantes.

- ¿Está su familia **actualmente** recibiendo beneficios TANF?..... Sí No
 - *Estampillas de comida, tarjeta médica de OHP o asistencia de emergencia **NO** son considerados para elegibilidad.*
 - *Beneficios de TANF incluyen dinero en efectivo continuo, Programas de evaluación, ERDC y Actividades de Retención y Servicios.*
- ¿Está usted o cualquiera en su familia recibiendo **actualmente** Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)?... Sí No
- ¿Está usted llenando ésta solicitud para un niño que el Estado de Oregon ha puesto en su cuidado (foster)?..... Sí No
- ¿Está su familia sin hogar en este momento? *(Incluye familias viviendo temporalmente en albergues, hoteles, vehículos o mudándose frecuentemente entre los hogares de parientes y amistades)* Sí No

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.

- Talones de cheques (12 meses)
- Formulario de declaración de impuestos 1040 forma extendida *(Individual Income Tax Form, expanded 1040)*
- Formularios W2
- Declaración escrita de su empleador / Sobres de pago

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

- Información de desempleo
- Información de manutención de hijos
- Beneficios del Seguro Social
- 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 el niño recibiendo actualmente 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.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS O PROBLEMAS BIOLÓGICOS

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

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

DISCAPACIDADES IDENTIFICADAS

Favor de indicar cualquier discapacidad diagnosticada en el niño 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.

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 es hijo de crianza otorgado a usted por el estado de Oregón
- Niño 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 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 para ser elegible, favor de describir los retos y circunstancias especiales de su familia.

Modalidades del Programa

Favor de revisar las modalidades del programa en la parte de abajo e indique la que mejor convenga a las necesidades de su familia.

MODALIDAD DE EARLY HEAD START – para edades de 0-3 años

¿Está solicitando Early Head Start? Sí No

MODALIDAD DE HEAD START – para edades de 3-5 años

● **Opción de Día Completo** ¿Está solicitando Día Completo? Sí No

- Diseñado para padres de familia que trabajan o estudian, que son elegibles y necesitan servicios de cuidado de niños
- 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 anteriores, usted podría ser elegible para los servicios de Día Completo de Head Start o Guarderías en la comunidad.

● **Opción Día con horario extendido** ¿Está solicitando Día con horario extendido? Sí No

- 5 días a la semana 6 horas al día
- Se hacen visitas a casa durante el año

● **Opción de Medio Día** ¿Está solicitando Medio Día? Sí No

- 4 días a la semana, 3½ horas al día, turnos de AM y PM.
- Se hacen visitas a casa durante el año

● **Ofrecemos una entrevista en persona para determinar la elegibilidad de su familia.**

Sería difícil para mí asistir a la entrevista. *Entiendo que esto **no** tendrá un efecto negativo en mi solicitud.*

¿Cuál es la razón? Falta de transporte Falta de cuidado de niños

Horario ocupado / limitaciones de tiempo

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. **Entiendo que si deliberadamente cometo fraude al falsificar las circunstancias de mi familia, mi familia no será elegible para servicios.**

★ Yo autorizo a Head Start para que verifique mis ingresos, circunstancias y comprobantes de nacimiento con otras agencias como: DHS, empleador, Oregon Immunization Alert, etc., si fuera necesario.

★ Autorizo a Head Start compartir la información de mi solicitud con el programa Preschool Promise Sí No

_____ firma del padre / madre / tutor legal

_____ fecha

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

Para Uso De La Oficina Solamente

	Staff Signature	Date
Date received: _____		
WebCAF #: _____		