



# NeighborImpact

Critical Needs. Diverse Services. Empowering Change.



Estimado Solicitante de Head Start,

Gracias por su interés en NeighborImpact Head Start, el programa preescolar de Head Start es gratis, sirve a niños de tres a cuatro años de edad apoyando las familias elegibles de ingresos. Para poder calificar en el año escolar 2009-2010, el niño debe haber nacido entre 9/1/2004 y 9/1/2006

Para poder procesar la aplicación de su niña/o, por favor adjunta prueba de 12 meses de ingreso con la aplicación de su niña/o. Todos los documentos de ingresos que usted mande con su aplicación serán destruidos para proteger su privacidad. Si tiene preguntas acerca de la prueba de sus ingresos o por alguna razón no puede proveer documentos, por favor llame al (541) 548-2380 Ext. 116. Silvia será feliz de asistirlos. También Silvia esta disponible por correo electrónico [silviak@neighborimpact.org](mailto:silviak@neighborimpact.org).

Por favor incluya los siguientes documentos que sean pertinentes a los dos padres o tutores viviendo en la misma casa:

- Las formas del año pasado reembolso de impuestos o todas las formas del año pasado W-2 o un talón de cheque de Diciembre que este al corriente (solo si trabajo allí todo el año)
- Pagos recibidos de Mantenimiento de Niños – por los últimos 12 meses
- Pagos de Desempleo por los últimos 12 meses
- TANF numero y carta de DHS Trabajadora social
- Para un niño que esta en Cuidado Temporal, una carta de la trabajadora social.
- SSI Carta otorgada o concesión (Seguro Ingreso Suplementario)
- Carta otorgada Becas/Subvención

Por favor complete esta aplicación y mándela junto con la verificación de ingresos lo mas pronto posible. Entiendo que esta aplicación no asegura matriculación. Serán notificados acerca de la posición de su aplicación lo más pronto posible

**Por favor devuelva la aplicación cuando la complete y los documentos de ingresos en persona o en el correo a:**

**ATTN: Head Start  
2303 SW First Street, Redmond, Oregon 97756  
o fax al (541) 504-5725.**

Gracias,  
M. Silvia Khan  
Especialista de la Diversidad

**2009-2010 Head Start Aplicación**

Es la meta del programa de NeighborImpact Head Start de matricular a niños y familias que tiene las más grandes necesidades de servicios de NeighborImpact Head Start. La información que usted provea en esta aplicación ayudara a NeighborImpact a determinar la elegibilidad para Head Start y priorizar su aplicación. Toda información sometida será estrictamente privada. Si no se siente bien de llenar ciertas porciones en esta aplicación y le gustaría discutir su situación con un empleado de Head Start, por favor llame a Silvia Khan, Especialista de la Diversidad al (541) 548-2380 Ext. 116

**SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nombre del niño/a (Primer nombre, Nombre segundo, Apellido)	Sobrenombre	Fecha de Nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio de la casa:	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
El niño/a vive con: <input type="checkbox"/> 1 Padre <input type="checkbox"/> 2 Padres <input type="checkbox"/> Tutor(es) Legal(es) <input type="checkbox"/> Padre Temporal (es) <input type="checkbox"/> Doble Custodia <input type="checkbox"/> Otros (por favor explique)				
1. Nombre de los Padre(s) o Tutores			¿Cual es su relación con el niño/a?:	
Domicilio Postal (si es diferente de arriba)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono #:	Teléfono de mensajes:	Correo electrónico:		
¿Como podemos contactarnos? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico ¿Cual es el mejor tiempo de contacto?:				
2. Nombre de los Padre(s) o Tutores			¿Cual es su relación con el niño/a?:	
Domicilio Postal (si es diferente de arriba)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono #:	Teléfono de mensajes:	Correo electrónico:		
¿Como podemos contactarnos? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico ¿Cual es el mejor tiempo de contacto?:				
¿Cual es el primer lenguaje hablado en casa?:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, es si ¿que lenguaje?		
¿Que tan bien habla su niño Ingles? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada				
¿Su niña/o asiste a guardería? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, si por favor liste el nombre , teléfono, y domicilio de la guardería o del proveedor de cuidados de niños:				
¿Esta el niño/a recibiendo servicios de ECSE (Educación Especial Temprana) o EI (Intervención Temprana) y esta en un Plan Individual de Servicios a las Familias IFSP? Si _____ No _____ Para poder servir a su niño mejor, doy mi permiso a NeighborImpact Head Start para contactar ECSE Firma: _____ Fecha: _____				
¿Este niño esta en Cuidado Temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, si, nombre del Trabajadora Social _____				
Por favor marque en el espacio si la familia esta recibiendo servicios de las siguientes agencias. Firme y ponga sus iniciales abajo para dar permiso a NeighborImpact Head Start para que verifique los recibos de servicios.				
<input type="checkbox"/> _____ Albergue en la Comunidad <input type="checkbox"/> Bethlehem Inn <input type="checkbox"/> Nancy's House <input type="checkbox"/> House of Hope <input type="checkbox"/> Otros (nombre) _____ <input type="checkbox"/> _____ Departamento de Recursos Humanos: ¿Cual programa? <input type="checkbox"/> Programa de Suficiencia Propia <input type="checkbox"/> Programa de Niños (Welfare Program) <input type="checkbox"/> _____ Drug Court/Corte de Drogas <input type="checkbox"/> _____ Kids Center/Centro de Niños <input type="checkbox"/> _____ Mt. Star Relief Nursery /Guardería Infantil de Alivio <input type="checkbox"/> _____ Ready, Set, Go/En sus Marcas, Listo, Fuera <input type="checkbox"/> _____ Saving Grace (se llamaba COBRA) Gracia que Salva <input type="checkbox"/> _____ Teen Parent Program/Programa de Padres Jóvenes				
Doy mi permiso a NeighborImpact Head Start de ponerse en contacto con las agencias para mi beneficio y pongo mis iniciales arriba. <b>Firma:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____				

**Factores de Necesidades:**

**Las siguientes preguntas ayudara ha NeighborImpact determinar quien tiene las necesidades mas grandes para servicios de Head Start.**

Por favor déjenos saber si tiene preocupaciones de su niña/o si ha sido diagnosticado con condiciones medicas, mental, o desarrollo. Por favor marque lo que aplique y provea el nombre del doctor o profesional que diagnostico y esta actualmente trabajando con usted en este asunto.

ADHD/ADD(Deficiencia de Atención)	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Nació afectado por alcohol	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Asma (que requiere medicamento)	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Autismo	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Disturbo de Comunicación	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Retardo de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Nació afectado por drogas	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Eczema (que requiere medicamento)	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Disturbio Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Alergias a Comidas o Dietas Especiales	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Impedimento del Oído	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Condición del Corazón	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Condición de la Salud Mental	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Desorden Metabólico	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Impedimento Ortopédico	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Impedimento Físico	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Califica para Educación Especial Temprana	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Disturbio de Convulsiones (que requiere medicamento)	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Caries Severas (le faltan más de 3 dientes, tiene rellenos o caries)	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Lesión Traumática del Cerebro	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Impedimento Visual	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____
Otros (por favor explique) _____	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Diagnosi	Diagnosticada por: _____

**Otros factores de necesidades del niño:**

¿El niño ha sufrido abuso (fisico o sexual)?  Si  No

¿El niño ha sufrido negligencia?  Si  No

¿El niño/a ha experimentado o ha sido testigo de violencia domestica?  Si  No

Por favor explique el trauma de niñez temprana que su niño/a ha experimentado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguien que vive en la casa que ha sido diagnosticado con una condición de salud médica o mental que afecte al niño/a que esta aplicando en Head Start? Si, es si, por favor explique quien tiene la condición, que es la condición, como es relacionado con el niño/a y que efecto tiene en el niño/a.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Asuntos de ambiente que les este afectando (marque lo que aplique)**

- Orden de la Corte para Protección
- Discapacidad física, del desarrollo o mental
- Muerte de uno de los padres del niño que esta aplicando para Head Start
- Muerte de in familiar muy cercano que vive en la misma casa (en los últimos 24 meses)
- Desastre / tragedia / trauma severa (por favor explique) \_\_\_\_\_
- Divorcio / Separación (en los últimos 24 meses)
- Violencia Domestica
- La familia no tuvo provisión ni recursos adecuados de comida para satisfacer sus necesidades o prevenir hambre en los últimos 30 días
- Sin hogar (carece de una residencia fija, regular y adecuada en la noche)

Encarcelamiento de padres (actualmente)  
 Falta de transportación que le previene tener las necesidades básicas  
 Asuntos de leer y escribir  
 Perdió su casa, (por favor explique)  


---

 Padres con vicios  
 Libertad condicional/libertad condicional de un miembro de las casa, (por favor explique)  


---

 Perdio de una manera muy significativa sus ingresos o su trabajo (por favor explique)  


---



---



---

**SECCIÓN 2 MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Por favor use la clave proveída abajo, marque el número que mejor describa todos los miembros de la familia viviendo en la misma casa acerca de, educación, raza, y grupo étnico. Por favor aliste a quien vive en la casa incluyendo a la persona llenando la aplicación para Head Start.

<b>Nivel de Educación*</b> 1) 0-8 grado 2) 9-12 grado 3) Preparatoria o Diploma GED 4) 12+ algún colegio 5) Título de Asociación 6) Egresado de Universidad 7) Graduado 8) Vocacional Dep. de Graduados	<b>Raza*</b> 1) Americanos Indígena o Nativo de Alaska 2) Asiática 3) Negra o Africana Americana 4) Nativo Hawaiano o Otros Pacifico Islandés 5) Blanca 6) Raza mezclada/Multi-racial 7) Otros	<b>Carácter Étnico*</b> 1) Hispana 2) No Hispana
---	---	--

Miembros de la casa. Liste a todos incluyendo a usted. (Primero, inicial de segundo nombre, Apellido)	Genero	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño/a	Clave Numero de amba Educación	Tipo de Seguro Medico OHP Privada Ninguna	Incapacidad Si/No	Veterano Si/No	Persona Viviendo en la casa Si/No	Clave Numero de Amiba Raza*	ClaveNumero de amba Carácter Étnico

\*\*\*\*Si tiene miembros de la familia adicionales por favor documéntelo en un papel separado.

¿Le gustaría que su niña/o viaje in le autobús de ida y venida a la escuela si es posible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono del domicilio donde recogerá o dejara el autobús			
Domicilio donde recogerá el autobús	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

**SECCIÓN 3 - COMPOSICIÓN Y RECURSOS**

<p><b>Tipo de Familia:</b></p> <input type="checkbox"/> Familia de dos padres <input type="checkbox"/> Comparten la Custodia <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Madre Soltera viviendo con pareja <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Padre Soltero viviendo con pareja <input type="checkbox"/> Padres Temporales <input type="checkbox"/> Abuelos con niño(s) <input type="checkbox"/> Otros pariente(s) <input type="checkbox"/> Otro tipo de familia <input type="checkbox"/> Padres Jóvenes (que tengan 18 años o mas jóvenes)	<p><b>Casa:</b> <input type="checkbox"/></p> Dueños <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Sin casa, carece de una residencia fija, regular adecuada en la noche	<p><b>Movilidad:</b></p> ¿Cuántas veces se ha movido su familia en los últimos 12 Meses?: <input type="checkbox"/> La familia no se ha movido <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro o mas veces
---	--	--

<p><b>Tipo de Casa</b></p> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento/Dobles <input type="checkbox"/> Hotel/Cuarto de Motel <input type="checkbox"/> Casa Movable/Trailer <input type="checkbox"/> Casa de emigrantes <input type="checkbox"/> Albergue en la Comunidad <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p><b>Sin casa</b></p> Sin cas en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿No tiene casa en estos momentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo ha estado sin casa: <input type="checkbox"/> Menos de un mes <input type="checkbox"/> 1 - 3 meses <input type="checkbox"/> 3 - 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses	<p><b>Transportación:</b></p> La Familia tiene medios de transportación en estos momentos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Modo primero de transportación que usa (marque los que aplique a usted) <input type="checkbox"/> Vehículo privado (carro, camión, van) <input type="checkbox"/> Transportación publica (Dial-A-Ride, taxi) <input type="checkbox"/> Vehículo de amigos o familiares <input type="checkbox"/> Otros: _____ La familia tiene medios de transportación si el primer medio(s) no está disponible: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---	--

**Trabajo: Por favor seleccione lo que sea apropiado para los padres o tutores del niño.**

Posición primaria:

<p><input type="checkbox"/> <b>Trabajo con pago</b></p> Tiempo completo - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Parte del tiempo - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Temporal que no sea Granjero - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Estudiante y empleado - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<p><input type="checkbox"/> <b>Trabajo bajo entrenamiento</b></p> Programa de entrenamiento con salario <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Programa de entrenamiento sin salario <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
<p><input type="checkbox"/> <b>No Trabajo</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre</p> Ama de casa <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Jubilado <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre No puede trabajar por una incapacidad <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<p><input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b></p> Para sacar su diploma de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Para calificar en negocios <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre

¿Hay alguien que es agricultor? si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ si es si, trabajador agricultor ¿que tipo?  Temporal  Emigrante  Granjero

\*\*La definición de agricultor es uno que trabaja con conexión a cultivar la tierra, plantando y recogiendo cosecha de cualquier comodidad de agricultura, o en manejando, plantando, secando, empacando, calificando, guardando o preservando el estado original sin ninguna maquinaria de cualquier comodidad de agricultura.

**Tipo de servicios o asistencia financiera que ha recibido (por favor marque lo que aplica)**

<input type="checkbox"/> Pensión para niños <input type="checkbox"/> Ayuda con la energía <input type="checkbox"/> Cuidado temporal/adopción subvención <input type="checkbox"/> TANF-Asistencia temporal en efectivo a familias necesitadas <input type="checkbox"/> Asistencia Publica de Casas (HUD...) <input type="checkbox"/> WIC ( Mujeres con Niños Infantes) <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Ayuda financiera <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera Medica (OHP, Medicare) <input type="checkbox"/> Seguro de Ingreso Suplemental (SSI) <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro de Desempleo
--	--

**Por favor ayúdenos alcanzar otras familias dejándonos saber como supo de Head Start**

<input type="checkbox"/> Otro programa de NeighborImpact <input type="checkbox"/> Agencia del Bienestar del Niño (Welfare) <input type="checkbox"/> ECSE <input type="checkbox"/> Anuncios de Head Start <input type="checkbox"/> Póster de Head Start <input type="checkbox"/> Hospital, Doctor o Clínica de Salud <input type="checkbox"/> Prensa (Periódico, Radio, Televisor) <input type="checkbox"/> Escuela Publica <input type="checkbox"/> WIC ( Mujeres con Niños Infantes)	<input type="checkbox"/> Recursos de Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Oficina DHS(Departamento Recursos Humanos) <input type="checkbox"/> Centro de Recursos a las Familias <input type="checkbox"/> Padres de Head Start <input type="checkbox"/> Principios Saludables /Healthy Beginnings <input type="checkbox"/> Otros programas de Head Start <input type="checkbox"/> Mt. Start Guardería Infantil de Alivio <input type="checkbox"/> Saving Grace (Gracia que Salva) <input type="checkbox"/> Otros
---	--

**¿Esta actualmente trabajando con cualquiera de los siguientes programas en NeighborImpact?**

**a) Cuidado y Educación Temprana de Niños**

- Recursos de Cuidado de Niños (referencias, comenzar negocio de cuidado de niños, escogiendo un Cuidado de niños de Calidad)
- Head Start

**b) Asistencia con Energía**

- Emergencias de asistencia de energía
- Ayuda temporal con recibos (LIEAP)
- Administración de Casos de Energía (E2C2)
- Educación acerca de energía
- Aislamiento Térmico

**c) Casas (albergue)**

- Ayuda con la renta de caso de emergencia
- Albergue para la Familia (Nancy's House)
- Casa Transicional
- Casa TBA (ayuda con la renta 6-12 meses)
- Comprando Casa
- Consejos para Como Comprar Casa

**d) Finanzas**

- Clases de Capacitación Financiera
- Empezar una cuenta de ahorros IDA combinada o emparejada (para educación, negocios pequeños o comprando casa)
- Reclamar impuestos gratis en correo electrónico

La información recibida será usada para evaluar mi situación, planear, y coordinar servicios para mí y mi familia. Autorizo a los programas de NeighborImpact de compartir e intercambiar información en la aplicación de Head Start acerca de mi y mi familia y las circunstancias de unos con otros.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ADJUNTA LA PRUEBA DE INGRESOS por los últimos 12 meses del calendario del año.**

Certifico que la información proveída en esta aplicación es verdadera a lo mejor de mi conocimiento, y autorizo a Head Start a que obtenga mi prueba de ingresos si es necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

“El Departamento de Agricultura de US (USDA) y el Estado de Oregon prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades de USDA, basados en raza, color, origen de nacionalidad, sexo, religión, edad o incapacidad.

Para hacer una demanda de discriminación, escriba a este domicilio USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> and Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame (202) 720-5964 (sordera TDD) o (888)271-5983 Extensión 516 (gratis). USDA y el Estado de Oregon provee oportunidades de igualdad a proveedores y empleados”

NeighborImpact no discriminara a ninguna persona basada en raza, color, origen de nacionalidad, incapacidad o edad, o la participación en sus programas y actividades, o empleo. Para más información acerca de esta normativa, o para arreglos, póngase en contacto con el Coordinador de Recursos Humanos/Sección 504 número de teléfono 541- 548-2380 Ext. 115, State Relay 711.

Este proyecto es financiado parte 35%, o \$1, 509,732 de fondos federales, y recibe menos de 1% de fonos que no son recursos gubernamentales.

**OFFICE USE ONLY**

Family Size \_\_\_\_\_ Income \_\_\_\_\_ 12 mo \_\_\_\_\_ Cal Yr. \_\_\_\_\_ Age 9/1 \_\_\_\_\_ USDA \_\_\_\_\_

Income Verification Used: \_\_\_\_\_ Eligible  Over  \_\_\_\_\_ %

County:  Crook  Deschutes  Jefferson

STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_