



NeighborImpact

Critical Needs. Diverse Services. Empowering Change.



NeighborImpact Head Start Aplicación Para el año escolar 2010-2011

NeighborImpact Head Start ofrece un programa preescolar y apoyo a familias gratis por 3 horas y 45 minutos al día, cuatro días a la semana para 421 niños en los Condados de Deschutes y Crook. El programa provee servicios a niños de toda habilidad incluyendo niños con discapacidades. Head Start es gratis, sirve a niños de tres y cuatro años de edad apoyando las familias elegibles de ingresos.

Para poder calificar en el año escolar 2010-2011, el niño debe haber nacido entre 9/2/2005 y 9/1/2007 y vivir en los Condados de Crook y Deschutes.

Es la meta del programa de NeighborImpact Head Start de matricular a niños y familias que tienen 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, Coordinadora de la Diversidad al (541) 548-2380 Ext. 116 o correo electrónico silviak@neighborImpact.org

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

NeighborImpact Head Start

2303 SW First Street, Redmond, Oregon 97756

O fax al (541) 504-5725.

Por favor complete esta aplicación y mándela junto con la verificación de ingresos lo más pronto posible. Sometiendo esta aplicación no asegura matriculación.

Las aplicaciones son priorizadas basadas en necesidades.

Serán notificados acerca de la posición de su aplicación lo más pronto posible.

2010-2011 Head Start Aplicación

Uso de la oficina: C OI I

Es la meta del programa de NeighborImpact Head Start de matricular a niños y familias que tienen 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, Coordinadora de la Diversidad al (541) 548-2380 Ext. 116

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre legal del niño/a (Primer nombre, Nombre segundo, Apellido)	Sobrenombre	Edad	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 del Padre(s) o Tutor Legal			¿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 contactarlos?:				
2. Nombre del Padre(s) (Madre) o Tutor Legal			¿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 contactarlos?:				
¿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 (Intervención Temprana) y esta en un Plan Individual de Servicios a las Familias IFSP? Si _____ No _____ Para que mi niño reciba mejores servicios, 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 Trabajador(a) Social _____				
¿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

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: _____
Enfermedad Crónica o de Muerte	<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
- Enfermedad Crónica o de Muerte
- Discapacidad física, del desarrollo o mental
- Muerte de uno de los padres del niño que esta aplicando para Head Start
- Muerte de un 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 de un miembro de las casa, (por favor explique) _____
- Perdió 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 liste a quien vive en la casa incluyendo a la persona llenando la aplicación para Head Start.

Nivel de Educación* 1) 0-8 grado 2) 9-12 grado 3) Preparatoria o Diploma de Educación General GED 4) Algún colegio o escuela vocacional 5) Titulo de Asociación 6) Titulo Avanzado o Titulo de Universidad	Raza* 1) Americanos Indígena o Nativo de Alaska 2) Asiática 3) Negra o Africana Americana 4) Nativo Hawaiano u Otros Pacifico Islandés 5) Blanca 6) Raza mezclada- Raza múltiple 7) Otros 8) No especificada	Carácter Étnico* 1) Hispana 2) No Hispana
---	---	--

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

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

SECCIÓN 3 - COMPOSICIÓN Y RECURSOS

Tipo de Familia: <input type="checkbox"/> Familia de dos padres <input type="checkbox"/> Comparten la Custodia (vive parte del tiempo con cada padre) <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)	Casa: <input type="checkbox"/> Dueños <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Sin casa, carece de una residencia fija, regular adecuada en la noche	Tipo de Casa <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: _____
--	--	---

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

Condición Primaria de Ocupación:

<input type="checkbox"/> Trabajo con pago Tiempo completo - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Parte del tiempo - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Temporal - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Estudiante y empleado - <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Sin Empleo Recibiendo Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Jubilado <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Ama de casa <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Trabajo bajo entrenamiento 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	<input type="checkbox"/> Estudiante Para sacar GED Diploma de Educación General Madre <input type="checkbox"/> Padre Comercio Requisito de Negocios <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre

Agencia que hizo la Referencia: 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 recipientes de servicios.

____ Techo en la Comunidad Bethlehem Inn Nancy's House House of Hope Otros (por favor nombre) _____
 ____ Departamento de Recursos Humanos: ¿Cual programa? Programa de Suficiencia Propia Programa de Niños (Welfare Program)
 ____ Proyecto Ayuda
 ____ Drug Court/Corte de Drogas
 ____ Kids Center/Centro de Niños
 ____ Mt. Star Relief Nursery /Guardería Infantil de Alivio
 ____ Ready, Set, Go/En sus Marcas, Listo, Fuera
 ____ Saving Grace (se llamaba COBRA) Gracia que Salva
 ____ Teen Parent Program/Programa de Padres Jovencitos

Doy mi permiso a NeighborImpact Head Start de ponerse en contacto con las agencias para mi beneficio y pongo mis iniciales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

SECCION 4 ELIGIBILIDAD

Tipos de ingresos asistencia financiera que se recibió (por favor marque lo que aplica)

- Ingresos de Empleo – sueldo, salario, pagos en efectivo, o ingresos netos de empleado por si mismo
- Manutención de Niños o Pensión
- Ayuda continua en efectivo para Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Cuidado de Niños Continuo Relacionado con Empleo (ERDC) de TANF
- Becas de Colegios o Universidades, subvenciones, confraternidad, lectorado o entrenamiento remuneraciones
- Ingreso Suplemental del Seguro (SSI)
- Beneficios de Seguro de Desempleo, beneficios de la huelga, beneficios de la compensación de trabajador, los beneficios de veterano
- Pensión, pagos regulares de seguro, pagos anuales, jubilación del ferrocarril,, pagos de jubilación del ejercito
- Pagos regulares del Seguro Social o Seguro Social por Muerte o pagos de Discapacidad (SSDI)
- Los recibos periódicos de propiedades o de fias, los ingresos netos de propiedad de renta

Para procesar la aplicación de su niña/o es necesario tener la documentación de abajo en categorías (vea abajo) o verificación de ingresos por los últimos 12 meses. La verificación puede ser del calendario del año anterior, o por el

presente contando la fecha que la aplicación fue sometida. Si tiene preguntas acerca de verificación de ingresos o si no puede proveer documentación de ingresos, por favor llame a Silvia Khan al (541)548-2380 Ext. 116 o Correo electrónico silviak@neighborimpact.org Coordinadora de Servicios de Diversidad

Categorías de elegibilidad incluye:

- Niños en Cuidado Temporal (foster care)
- Niño y Familia recibiendo continuamente asistencia en efectivo o asistencia de cuidado de niños relacionado con empleo de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas(TANF)
- Niño en la familia recibiendo Ingreso Suplemental del Seguro (SSI)
- Al niño/a le falta un lugar regular, y adecuado de residencia durante la noche y tiene la definición de niños o jóvenes sin hogar de acuerdo al Acto de *McKinney-Vento Asistencia a Personas sin Hogar Homeless Assistance Act*

Por favor provea la documentación de elegibilidad en categorías (vea abajo), o Regreso de Impuestos Federales del 2009 de todos los recursos de ingresos que apliqué. Incluya toda documentación de ingresos de todos los padres o tutores que viven en casa. La documentación puede ser del calendario del año anterior (2009) o los presentes 12 meses. Use la lista de abajo para asegurarse de que toda la documentación requerida es proveída.

- Ingresos de empleo-sueldo, salario, pago en efectivo o ingreso netos de Empleado por si mismo.
- Manutención de Niños
- Becas de Colegios o Universidades, subvenciones, confraternidad, lectorado o entrenamiento remuneraciones
- Beneficios de Seguro de Desempleo, beneficios de la huelga, beneficios de la compensación de trabajador, beneficios de veterano
- Pensión, pagos regulares de seguro, pagos anuales, jubilación del ferrocarril, pagos de jubilación del ejercito
- Pagos regulares del Seguro Social o Seguro Social por Muerte o pagos de Discapacidad (SSDI)
- Los recibos periódicos de propiedades o de fías, los ingresos netos de propiedad de renta

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

Firma de Padres o Tutores

Fecha

Firma del Padre o Tutores

Fecha

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

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

“El Departamento de Agricultura de US (USDA) y el Estado de Oregón 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, 14th 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 Oregón 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 fondos que no son recursos gubernamentales.