



Neighbor**Impact**

Critical Needs. Diverse Services. Empowering Change.



NeighborImpact Head Start Solicitud Para el año escolar 2011-2012

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 por 128 días de servicios preescolares 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 bajos ingresos.

Para poder calificar en el año escolar 2011-2012, el niño debe haber nacido entre 9/2/2006 y 9/1/2008 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 mayores necesidades de servicios de NeighborImpact Head Start. La información que usted provea en esta aplicación ayudará a NeighborImpact a determinar la elegibilidad para Head Start y priorizar su aplicación. Toda información sometida será estrictamente privada. Si no se siente cómodo/a de llenar ciertas porciones en esta solicitud 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 contacto por correo electrónico silviak@neighborImpact.org

Por favor devuelva la solicitud cuando la complete y una copia de documentos que prueben y apoyen ingresos en persona o por 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 solicitudes son priorizadas basadas en necesidades.**

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

2011-2012 Solicitud de Head Start

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 mayores necesidades de servicios de NeighborImpact Head Start. La información que usted provea en esta solicitud ayudara a NeighborImpact a determinar la elegibilidad para Head Start y priorizar su aplicación. Toda información sometida será estrictamente privada. Si no se siente cómodo/a de llenar ciertas porciones de 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)	Apodo	Edad	Fecha de Nacimiento:	Género: <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			¿Cuál 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:	
¿Cómo podemos contactarles? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico ¿Cuál es el mejor tiempo de contactarles?:				
2. Nombre del Padre(s) (Madre) o Tutor Legal			¿Cuál 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:	
¿Cómo podemos contactarnos? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico ¿Cuál es el mejor tiempo de contactarlos?:				
¿Cuál es el primer lenguaje hablado en casa?:			¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, es si ¿qué lenguaje?	
¿Qué 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, sí por favor liste el nombre , teléfono, y domicilio de la guardería o del proveedor de cuidados de niños:				
¿Está el niño/a recibiendo servicios de ECSE (Educación Especial Temprana) o (Intervención Temprana) y está en un Plan Individual de Servicios a las Familias IFSP? Sí _____ No _____ Para que mi niño reciba mejores servicios, doy mi permiso a NeighborImpact Head Start para contactar ECSE Firma: _____ Fecha: _____				
¿Este niño está 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 en el 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 ayudaran a NeighborImpact determinar quién tiene las necesidades más grandes para servicios de Head Start. Por favor déjenos saber si tiene preocupaciones de su niña/o si ha sido diagnosticado con condiciones médicas, mental, o desarrollo. Por favor marque lo que aplique y provea el nombre del doctor o profesional que diagnóstico y está actualmente trabajando con usted en este asunto.

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

Otros factores de necesidades del niño:

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

¿El niño ha sufrido negligencia? Si No

¿El niño/a ha experimentado o ha sido testigo de violencia doméstica? 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 está solicitando a 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.

SECCIÓN 3 - COMPOSICIÓN Y RECURSOS DE LA FAMILIA

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 más jóvenes)	Casa: <input type="checkbox"/> Dueños <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Arreglos temporales de vivienda <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 Móvil/Tráiler <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:

Trabajo con pago

- Tiempo completo - Madre Padre
 Parte del tiempo - Madre Padre
 Temporal - Madre Padre
 Agricultor/Trabajador Granjero Madre Padre
 Padre
 Estudiante y empleado - Madre Padre

Sin Empleo

- Recibiendo Beneficios de Desempleo Madre Padre
 Jubilado Madre Padre
 Ama de casa Madre Padre
 Sin poder trabajar debido a discapacidad Madre

Trabajo bajo entrenamiento

- Programa de entrenamiento con salario Madre Padre
 Programa de entrenamiento sin salario Madre Padre

Estudiante

- Para sacar GED Diploma de Educación General
 Madre Padre
 Comercio Requisito de Negocios Madre Padre
 Estudiando para título de Universidad Madre Padre

Agencia que hizo la Referencia: Por favor marque en el espacio si la familia está 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.

- ___ Albergue en la Comunidad Bethlehem Inn Nancy's House House of Hope Otros (por favor nombre) _____ ___ Proyecto Ayuda
- ___ Departamento de Recursos Humanos: ¿Cual programa? Programa de Suficiencia Propia Programa de Niños (Welfare Program)
- ___ Drug Court/Corte de Drogas
 ___ Kids Center/Centro de Niños
 ___ Mt. Star Relief Nursery /Guardería Infantil de Alivio
 ___ Healthy Families of High Desert/Familias Saludables del Desierto Alto (anteriormente Ready, Set, Go)
 ___ Saving Grace (se llamaba COBRA) Gracia que Salva
 ___ Teen Parent Program/Programa de Padres Jovencitos
 ___ Otro programa de Head Start por favor escriba el nombre _____

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

Para poder procesar la solicitud de su niña/o, se debe proveer documentos de categoría elegibilidad o 12 meses de verificación de ingresos es necesaria.

Por favor marque si su niña/o tiene la criterio de elegibilidad abajo:

- El niño/a está en cuidado temporal
 Ayuda continua en efectivo para Asistencia de cuidado de niños (ERDC) Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
 Niños o alguien viviendo en casa esta mantenido por los ingresos de un padre/madre que recibe Ingresos de Seguro Suplementar (SSI)
 El niño/a le falta un hogar adecuado residencia de noche y tiene la definición de niños sin albergue acompañado de un juvenil de acuerdo al Acto de Asistencia a Gente sin Albergue de acuerdo al Acto McKinney

La verificación de empleo puede ser del **previsto calendario del año, o de los previos 12 meses de la fecha que sometió la solicitud**. Si tiene cualquier pregunta concerniendo la verificación de ingresos, o si no puede dar comprobantes de ingresos por favor contacte Silvia Khan Coordinadora de la Diversidad al (541) 548-2380 Ext. 116 O silviak@neighborimpact.org

Tipos de Ingresos o asistencia financiera que recibió (por favor marque lo que aplique)

- Ingresos de Empleo – sueldo, salario, pagos en efectivo, o ingresos netos de empleado por si mismo
- Manutención de Niños o Pensión por 12 meses
- Ayuda continua en efectivo para Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Trabajo consistente relacionado con Cuidado de Niños (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 por 12 meses

Por favor provea copias de documentación de categorías de elegibilidad o el Regreso Federal de los Impuestos del año 2010 una lista de ingresos previstos que aplica a su situación. Incluya copias de documentación que aplique a padres o tutores que viven en casa. La documentación debe ser del año anterior (2010) por los previos 12 meses. Yo certifico que la información proveída en esta solicitud es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento, y autorizo a Head Start de verificar mis ingresos más adelante si es necesario.

Firma de Padres o Tutores

Fecha

Firma del Padre o Tutores

Fecha

Por favor ayúdenos alcanzar otras familias dejándonos saber cómo 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 de Niños (welfare) |
| <input type="checkbox"/> ECSE -Educación Especial Temprana | <input type="checkbox"/> Red de Acceso de la Familia | <input type="checkbox"/> Centro de Recursos de Familias |
| <input type="checkbox"/> Anuncios de Head Start | <input type="checkbox"/> Padres de Head Start | <input type="checkbox"/> Poster de Head Start |
| <input type="checkbox"/> Principios Saludables/Healthy Beginnings | <input type="checkbox"/> Hospitales, Doctores o Clínica de Salud | <input type="checkbox"/> Otros Programas de Head Start |
| <input type="checkbox"/> Prensa (Periódicos, Radio, Televisión) | <input type="checkbox"/> Mt Star / Guardería de Alivio Infantil | <input type="checkbox"/> Escuela Publica |
| <input type="checkbox"/> Saving Grace (Gracia que Salva) | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Otros |

De acuerdo a la ley federal y la Normativa Del Departamento de Agricultura de US y el Estado de Oregón esta institución prohíbe la discriminación, 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, 1400 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20250-9410 o llame (866) 632-9992 vos (TDD) la persona puede contactar a USDA por medio de transmisión local o el transmisión federal al (800)877-8339 (TDD) o (866)377-84-642 (vos transmitida). USDA 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.