

# HEAD START of LANE COUNTY

221 B Street, Springfield OR 97477-4522 • 541-747-2425 • (FAX) 541-747-6648 • <http://www.hsolc.org>  
 "Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida"



## Solicitud de Elegibilidad (Revisado 01/20)

### Información del solicitante y miembros de la familia

NIÑO/A O EMBARAZADA SOLICITANTE					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos	
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____			<b>Fecha de nacimiento (mostrar comprobante)</b> -    -	<b>Nombre preferido</b>	
<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Hispano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Proficiencia en Inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	<b>Otro Idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Seguro de salud</b>	<b>Elegibilidad para OHP</b> <input type="checkbox"/> No es elegible <input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> Tiene Medicaid/OHP: #:		<b>Doctor/clínica – Dentista/clínica</b>	<b>Embarazadas</b> Fecha del parto: _____ ¿Embarazo de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
LISTA DE ADULTOS					
Adulto – 1					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos	
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____		<b>Servicio activo militar</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Veterano</b> ..... <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de nacimiento</b> -    -	<b>Nombre preferido</b>	
<b>Parentesco del adulto con el niño solicitante</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro:					
<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Hispano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Proficiencia inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	<b>Otro Idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Grado más alto terminado</b> <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		<b>Estatus de empleo</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		<b>Custodia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<b>Marque todos los que apliquen:</b> <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente
Correo electrónico:					
Adulto – 2					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellidos	
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____		<b>Servicio activo militar</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Veterano</b> ..... <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de nacimiento</b> -    -	<b>Nombre preferido</b>	
<b>Parentesco del adulto con el niño solicitante</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro:					
<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Hispano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Proficiencia inglés</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	<b>Otro Idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Grado más alto terminado</b> <input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones /Certificados		<b>Estatus de empleo</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		<b>Custodia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<b>Marque todos los que apliquen:</b> <input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente
Correo electrónico:					

**LISTA DE ADULTOS**

**Adulto – 3**

<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo</b>		<b>Apellidos</b>	
<b>Género</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Nombre preferido</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____			- -		
<b>Parentesco del adulto con el niño solicitante</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro:					
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Proficiencia en ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b>
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Grado más alto terminado</b>		<b>Estatus de empleo</b>		<b>Custodia</b>	<b>Marque todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Grado/Diploma/GED: _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior <input type="checkbox"/> Otras capacitaciones / Certificados		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Vocacional/Estudiante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Da apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente

**NOTA**

**Si hay más adultos o niños de los espacios proporcionados favor de anotarlos en una hoja separada e inclúyala con la solicitud**  
 No olvide anotar todos los niños que viven en esta dirección incluyendo niños en cuidado temporal (Foster).

**LISTA DE NIÑOS**

<b>Nino adicional 1</b>		<i>¿Esta solicitando este niño servicios?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Apellidos</b>	
<b>Género</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Nombre preferido</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____			- -		
<b>Parentesco del adulto con el niño</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro:					
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Proficiencia en ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b>
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficiente
<b>Nino adicional 2</b>		<i>¿Esta solicitando este niño servicios?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Apellidos</b>	
<b>Género</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Nombre preferido</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X _____			- -		
<b>Parentesco del adulto con el niño</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Otro:					
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Proficiencia en ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Proficiencia en otro idioma</b>
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente

INFORMACION DE ELEGIBILIDAD	
<input type="checkbox"/> Ingresos del año pasado	<b>TANF Status:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ingresos de los pasados 12 meses	<input type="checkbox"/> Anteriormente en TANF pero no en este momento
	<b>SSI:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Información de la familia y contactos de emergencia**

INFORMACION DE LA FAMILIA				
<b>Dirección de la familia</b>				
Dirección donde vive	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<b>Dirección Postal (si es diferente)</b>				
	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

INFORMACION DE VIVIENDA					
¿Es la dirección postal igual a la dirección donde vive?				Fecha en que empezó a usar esta dirección postal	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Número de teléfono(s)	Tipo (marque uno)		Nota (extensión y hora conveniente para llamar)	Mensajes de texto	
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cel		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cel		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cel		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro			
<b>Cuantos Padres De familia</b>	<b>Familia sin Vivienda</b>	<b>Remitido por la Agencia de Bienestar Infantil</b>	<b>Recibe SNAP (Estampillas de alimentos)</b>	<b>WIC</b>	<b>WIC ID (si aplica)</b>
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

CONTACTOS DE EMERGENCIA						
Nombre completo (nombre y apellidos)			Parentesco		¿Puede recoger al niño/a?	
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección		Ciudad	Estado		Código Postal	
Número de teléfono 1	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre completo (nombre y apellidos)			Parentesco		¿Puede recoger al niño/a?	
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección		Ciudad	Estado		Código Postal	
Número de teléfono 1	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre completo (nombre y apellidos)			Parentesco		¿Puede recoger al niño/a?	
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección		Ciudad	Estado		Código Postal	
Número de teléfono 1	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 2	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono 3	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo	

Declaro que ésta información es verdadera. Si alguna parte fuera falsa, mi participación en los programas de esta Agencia podrían ser terminados y podría ser sujeto a una acción legal. También declaro que soy el padre/madre o tutor legal del niño/a solicitando servicios de Head Start. Autorizo a Head Start compartir mi información con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), Preschool Promise, Relief Nursery, y McKinney Vento Act, con el propósito de coordinar servicios de inscripción y ubicación.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

