

# 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"/> Dá 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"/> Dá 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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<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: \_\_\_\_\_

## Información de los miembros de familia

Página 4

### OTRAS ASISTENCIAS

¿Recibe actualmente asistencia de otra agencia? *(marque todas las que apliquen)*

- Ayuda con la electricidad     Vivienda subsidiada *(bajos recursos, sección 8)*

### 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 MEDICOS O PROBLEMAS BIOLÓGICOS

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

- ADHD/ADD                                       Lesion traumática al cerebro                                       Condición cardíaca  
 Asma *(que requiere medicamento)*     Impedimento de la vista     Impedimento auditivo  
 Diabetes     Eczema *(que requiere medicamento)*                                       Ataques *(que requiere medicamento)*  
 Otro:

### DISCAPACIDADES IDENTIFICADAS

Favor de indicar cualquier discapacidad diagnosticada en el niño/a por la cual este recibiendo Servicios de Educación Especial Temprana.

- Autismo     Desorden emocional / comportamiento  
 Retraso de desarrollo     Impedimento ortopédico

**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/a.

#### 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 interprete  
 El niño/a es hijo/a de crianza otorgado a usted por el estado de Oregón  
 El niño/a no está en cuidado de crianza y no vive con los padres biológicos o adoptivos  
 Solo un adulto vive en casa  
 Padre/madre o tutore/s están recibiendo ingresos por discapacidad *(proporcione comprobante)*  
 Otro:

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Si desea que lo consideren para Head Start aunque no cumpla con los requisitos de elegibilidad, favor de describir los retos y circunstancias especiales por los que está pasando su familia.