



Portada y las Instrucciones (La Aplicación Previa
esta adjunta

Como Aplicar

Por favor leer esta pre-aplicación cuidadosamente y llenarla completamente. **Si necesita ayuda para llenar esta forma, o tiene preguntas, por favor llamarnos al 541-673-6306.** Regresar la forma lo más pronto a la dirección de abajo.

Guarde esta portada para un rápido acceso a nuestro teléfono, fax y dirección.

¿Que Sucede Después?

Cuando recibimos su pre-apreciación:

- ➔ Nosotros le llamaremos para programar una entrevista de elegibilidad (al menos que lo hizo cuando regreso la aplicación)
- ➔ En la entrevista, nosotros colectaremos la documentación requerida y completar el proceso de la aplicación.
- ➔ Cuando tengamos una vacante para su hijo/hija, nosotros le contactaremos por teléfono para hacer arreglos para completar el proceso de la matrícula.
- ➔ Usted debería de asegurarse que los Exámenes físico del niño de Head Start / o su bebe del Head Start Temprano, Exámenes dentales (Head Start solamente), y las vacunas estén al día.

Lo que Debe de Incluir con la Aplicación

Debemos Tener los ★ **documentos con estrellas rojas para poder procesar la aplicación.** Traer estos a la entrevista.

- ★ **INGRESOS:** Necesitamos pruebas de ingresos así como lo indica la hoja de ingreso familiar.
- ★ **PRUEBA DEL NACIMIENTO/Embarazo :** Certificado de nacimiento, u otro documento legal con el nombre del niño y la fecha en que nació impresa. Si usted es una madre embarazada, favor de enviar una nota del Doctor o una verificación del embarazo.
- ★ **RECORD DE VACUNAS:** favor de adjuntar el record de vacunas de su hijo/a , Head Start espera que todas las vacunas estén al día.

Las cosas a continuación pueden traerse a la entrevista o mas tarde. Podemos procesar la aplicación sin estas cosas

- ➔ **Referencia de Agencia Comunitaria:** si un Doctor, una agencia de servicios u otro ha escrito una referencia, favor de adjuntarla o hacer que se nos envíen.
- ➔ **Diagnostico Médico:** si la solicitante es una madre embarazada o esta aplicando para un niño, han sido diagnosticados con una condición crónica , favor de incluir la documentación.
- ➔ **Documentos jurídicos :** De custodia, carta poder, ordenes de restricción o cualquier acción legal que sea pertinente, enviar estos documentos.

TENEMOS QUE PODER COMUNICARNOS CON USTED!

Si se muda o cambia su número de teléfono después de completar esta aplicación, por favor nos lo hace saber.

Si su teléfono ya no tiene minutos, le podríamos contactar mediante el Facebook, con su consentimiento(ver la pre-aplicación)

El hecho de someter esta aplicación no asegura o garantiza la inscripción o matrícula.

Se da prioridad a las aplicaciones basada en las necesidades de cada familia.

Por favor enviar o traer la aplicación al 948 SE Roberts Ave., Roseburg, OR 97470

O enviar por Fax al 541-492-1663. Preguntas ? 541-673-6306/800-320-6306

Si necesita una aplicación en Español, por favor llame al 541-391-3770

¿Que es Head Start?

Head Start es un programa comprensivo de **Pre-escolar** que sirve a familias de bajos ingresos. Los niños reciben servicios educativos para aumentar su preparación en la escuela. Los padres son asistidos para sobrepasar las barreras hacia la autosuficiencia. Head Start trabaja con toda la familia y ofrece a todos los miembros de la familia oportunidades para desarrollarse en toda la capacidad de su potencial. Proveemos un ambiente positivo y respetuoso para el crecimiento y la preparación de ambos, padres y los niños. UCAN Head Start sirve a familias en la comunidad en todo el condado Douglas con niños que tengan 3 y 4 años para el 1 de Sept.2016.

¿Que es Head Start Temprano?

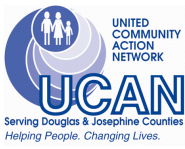
Head Start Temprano ofrece 2 opciones: servicio **basado en el hogar** que proporciona servicio a través de visitas semanales. El visitador ofrece visitas centradas en los niños que promueven la habilidad de los padres para apoyar el desarrollo del niño. Dos veces al mes, las familias se reúnen como grupo para el aprendizaje, la discusión y la actividad social. Servicio **Basado en un Centro** está diseñado para familias que tienen ambos padres trabajando fuera del hogar, buscando empleo activamente, en la escuela o en programas de recuperación. Los niños reciben 6,25 horas de cuidado e instrucción durante la semana de trabajo. Los padres transportan a sus hijos al centro. En ambos programas, los padres son asistidos en la superación de las barreras hacia la autosuficiencia. Head Start temprano trabaja con toda la familia y ofrece a todos su miembros oportunidades para desarrollarse todo su potencial. Proporcionamos un ambiente positivo y respetuoso para el crecimiento y concientización para ambos los padres y los niños. UCAN Head Start Infantil sirve a las familias de las madres embarazadas y los niños desde que nacen a tres años de edad en comunidades de todo el condado Douglas.

¿Que es Comienzo Saludable?

Uno de los servicios proporcionados a las familias en UCAN Head Start y Head Start temprano es **Comienzo Saludable**. La meta de Comienzo Saludable es mejorar la salud de las familias antes, durante, y después del embarazo. Este programa esta designado para educar y enlazar las familias con recursos en la comunidad. Nosotros podemos ayudar a conectarlo con...

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| * Citas Medicas | * Información de Lactancia | * Seguro Medico y Dental |
| * Información de Nutrición | * Cuidado Prenatal | * Soportes a los Papás |
| * Cuidado después del Parto | * Asistencia de Vivienda | * Cuidado de Bebés Sanos |
| * Asesoramiento | * Planificación Familiar | * Violencia Doméstica |
| * Salud de la Mujer | * Abuso de Sustancias | * Preparación para el Parto |
| * Tratamiento/Prevención de STD | * Información de Siendo Padres | * y más... |

Por favor enviar por correo o traer la aplicación al 948 SE Roberts Ave., Roseburg, OR 97470
o Fax al 541-492-1663. *¿Preguntas?* 541-673-6306/800-320-6306



Pre-aplicación de inscripción 2016 –17 de UCAN Head Start/HS Temprano/Comienzo Saludable

948 SE Roberts Ave. Roseburg OR 97470* 541-673-6306 / 800-320-6306 / FAX: 541-492-1663



Por favor llene la forma correcta y completamente. Toda la información será guardada confidencialmente. Será usada para ayudarnos a determinar si su familia es elegible para servicios de Head Start/HS Temprano y poder dar prioridad a su solicitud

Aplicó usted el Año Pasado? Si No **Aplicando por un niño de crianza S N** Nombre de Trabajador Social

Información General (el hogar donde este niño o mujer embarazada vive)

| | | | | |
|----------------------|---------|--------|--------|---------------|
| Dirección donde vive | Apto. # | Ciudad | Estado | Código Postal |
| OR | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------|---------|--------|--------|---------------|
| Dirección Postal (si es diferente) | Apto. # | Ciudad | Estado | Código Postal |
|------------------------------------|---------|--------|--------|---------------|

| Primario | Numero de Teléfono | Tipo de teléfono (Casa, Celular, Trabajo) |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | Podríamos contactarle por Facebook si no podemos hacerlo por |

Dirección electrónica: _____ Teléfono Si No

Información del niño/niña (Madres embarazadas, por favor llenar para el bebé que no ha nacido)

| | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Apellido | 2º Nombre |
| Cumpleaños del niño/fecha de parto / / | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> no sabe | <input type="checkbox"/> Hispano de origen Latino <input type="checkbox"/> No Hispánico o Latino |

Raza (Marcar la que aplica) Indio Americana Asiático Negra/Africano Americano Múltiple /Bi-racial Blanca
 Nativo Hawaiano/otras Islas del Pacífico Otra _____

¿Es Ingles el idioma primordial del niño/niña? Si No Escriba el idioma que hablan _____

Padre o Madre/Tutor Legal— Viviendo con el niño/niña por el cual ha aplicado

| | | | | |
|--------|----------|-----------|------------|--------|
| Nombre | Apellido | 2º Nombre | Cumpleaños | Género |
|--------|----------|-----------|------------|--------|

Parentesco con el niño _____ Es usted una madre embarazada aplicando S/ N dijo si, es un embarazo con gran riesgo? S/N

Situación de Empleo: (circular una)
 Tiempo Completo T Completo y Entrenamiento– Medio Tiempo– M Tiempo y Entrenamiento- Retirado -Discapacitado - Entrenamiento o Escuela–Empleado Estacional o de Temporada—Padre/Madre que se queda en casa– Buscando Empleo al Momento

Padre/Madre o Tutor Legal * Con relación sanguínea, por medio de matrimonio o de adopción

| | | | | |
|--------|----------|----------|------------|--------|
| Nombre | Apellido | 2ºNombre | Cumpleaños | Género |
|--------|----------|----------|------------|--------|

Parentesco con el niño/a _____ Misma dirección que el niño aplicando? Si No **Si No**—Por favor proporcionar:

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Situación de Empleo: (Circular una)
 Tiempo Completo– T Completo y Entrenamiento– Medio Tiempo- M Tiempo y Entrenamiento- Retirado - Discapacitado- Entrenamiento o Escuela– Empleado Estacional o de Temporada– Padre/Madre que se queda en casa—Buscando Empleo al Momento

Una familia es toda persona viviendo en el mismo hogar y que son soportadas por el ingreso del padre(s) o tutores de el niño/a aplicando para Head Start /Head Start Temprano y que están relacionados a los padres o tutores por medio de sangre

Los miembros de familia viviendo en el hogar (incluye el solicitante) (ver la explicación de arriba)

| Nombre | M / F | Cumpleaños | Relación con el Solicitante | Idioma que habla y Raza |
|--------|-------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | Niño Aplicando | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Otro miembro en el hogar (No soportados financieramente por el padre (s) o Tutores del solicitante, pero que vive en la casa):

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PREOCUPACIONES ESPECIALES (marque lo que corresponda)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia tiene una condición médica | <input type="checkbox"/> Niño aplicando tiene una discapacidad diagnosticada (IFSP / ECSE) |
| <input type="checkbox"/> Uno de los padres esta encarcelado, libertad vigilada/condicional | <input type="checkbox"/> Padre/Madre ausente del hogar debido al servicio militar |
| <input type="checkbox"/> La Familia ha sido afectada por drogas/alcohol en los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> Padre en el hogar no tiene diploma de preparatoria o GED |
| <input type="checkbox"/> Papá/Mamá era menor de 18 años al nacimiento de este niño/a | <input type="checkbox"/> Padre/Madre esta desempleada o buscando empleo |
| <input type="checkbox"/> El niño fue expuesto a drogas/alcohol/tabaco durante el embarazo | <input type="checkbox"/> El niño/niña atiende a un Centro de cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Familia esta afectada por violencia doméstica en los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> Niño diagnosticado con una condición médica _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de los niños o negligencia en los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> La familia ha experimentado divorcio/separación dentro de 2 años |
| <input type="checkbox"/> El niño recibe servicios de otra agencia (Salud Mental, CDRC, FDC, NFP, Familias Saludables, etc.) | <input type="checkbox"/> Niño devuelto del cuidado de crianza en los últimos 2 años |
| <input type="checkbox"/> El niño/niña tiene restricciones en la dieta _____ | <input type="checkbox"/> Niño recibió puntuaciones de APGAR bajas |
| <input type="checkbox"/> Mi familia no tiene un transporte disponible | <input type="checkbox"/> Muerte de un ser querido que afecta a la familia en últimos 2 años |
| | <input type="checkbox"/> La familia ha carecido de un hogar en los 2 últimos años |
| | <input type="checkbox"/> El niño atendió previamente un programa de HS/HST _____ |

Yo tengo preocupaciones por mi hijo en:

- Lenguaje Desarrollo Conducta Salud Mental Otro _____

Afirmación: "Bajo pena de perjurio, yo declaro que soy el padre/madre o tutor legal del niño/a, aplicando para Head Start y HS Temprano, y que en lo mejor de mi conocimiento toda la información que he dado esta completa y correcta. Además yo entiendo que esta es una aplicación para servicios que son pagados con fondos federales y que proporcionando intencionalmente una información engañosa, errónea o falsa, de una naturaleza material, podría resultar en una expulsión de mi hijo del programa y que me traería consecuencias legales.

_____ / ____ / ____

Firma de los Padres/Tutor Legal o *Firma del Trabajador Social

Fecha de la firma

(*Si usted es PADRE DE CRIANZA o DHS es el tutor legal, la aplicación tendrá que ser firmada por su **Trabajador Social**)

De acuerdo a la ley de derechos civiles federales y reglamentos de derechos civiles y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), El USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA están prohibidos a discriminar basados en la raza, color, origen de nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o tomar represalia o venganza por actividad previa a derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo. Braille (escritura de ciegos), letra grande, cinta de audio, Lenguaje Americano de Señas, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa debe estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, completar el formulario de quejas de Discriminación al programa de USDA, (AD-3027) se encuentra en línea en: www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Enviar el formulario completado o una carta al USDA por: (1) por correo: U.S. Departamento de Agricultura, la Oficina del Secretario Asistente de Derecho Civil; 1400 Independence Avenue, SE; Wahington, DC 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; (3) email: program.intake@usda.gov. Head Start, UCAN y USDA son empleadores y proveedores de oportunidades iguales.

Información de los Ingresos de la Familia

Paso 1 ¿Esta actualmente su familia sin hogar? (Viviendo con otros porque no puede encontrar o pagar la vivienda; en un motel, albergue o edificio abandonado, en la calle o en un carro o el niño/niña esta viviendo con un cuidador que no es su tutor legal)

- SI Dijo si, se le entregara un formulario a la toma de datos. Seguir al **Paso 7**
 NO Dijo no, siga al paso 2

Paso 2 ¿Esta el niño en colocación de cuidado de crianza aprobado por el estado?

- SI Dijo si, traer una prueba de colocación del DHS a la toma de datos. Siga al **Paso 7**
 NO Dijo, seguir al paso 3

Paso 3 ¿Recibe su familia SSI?(Ingresos de Seguro Social por discapacidad o muerte-No Seguro Social

- SI Dijo si, traer una prueba reciente de SSI a la toma de datos. Seguir al **Paso 7**
 NO Dijo no, seguir al Paso 4

Paso 4 ¿Recibe su familia TANF (Asistencia Temporal a Familia Necesitadas) o ERDC (Cuidado de niños Relacionado al Empleo)?

- SI Dijo si, traer una prueba reciente de TANF/ERDC a la entrevista. Seguir al **Paso 7**
 NO Dijo no, seguir al paso 5

Paso 5 Si su familia ha tenido ingresos este año , ¿cual es su ingreso bruto anual estimado? _____por favor marcar la documentación que va a traer a la entrevista para datos. Todo ingreso de los padres o tutores que están viviendo con el niño/niña debe ser reportado. **Si usted no tuvo ingresos en los últimos 12 meses o en último año del calendario, siga al paso 6**

- Formulario de Impuestos 1040
 Forma (s) W2 de todas las que le han sido otorgadas este año.
 Talones de cheque (de todos los pagos durante los pasados 12 meses o el año calendario)
 Documentación de desempleo (nosotros podemos ayudarle con esto en la administración)
 Documentación de la manutención de niños (podemos ayudarle con esto en la entrevista)
 Ayuda Financiera o Becas de Estudio (no los préstamos para estudio)
 Otro (especificar) _____

Paso 6 Si usted no tuvo ingresos en los pasados 12 meses, se le proporcionará una hoja de información en la entrevista, por favor traiga los nombres y la información de las personas que puedan dar fe de esta declaración y estar preparado para explicar como usted y su hijo (s) fueron soportados en cada uno de los 12 meses.

Paso 7 Firmar y poner la fecha para indicar que usted declara que la información anterior es verdadera y correcta. Vamos a revisar esta información en la entrevista de toma de datos.

Imprimir el nombre del Padre/Tutor/Cuidador _____

Firma: _____ Fecha _____



UCAN Head Start
948 SE Roberts Ave.
Roseburg, OR 97470
2016/2017