

Escuelas Públicas de Portland
Early Childhood Education
Programa Head Start

¿Qué es Head Start?

Head Start con las Escuelas Públicas de Portland, es un programa que proporciona servicios preescolares y servicios sociales comprensivos a niños de tres y cuatro años de edad, cuyas familias son de bajos ingresos.

¿Cómo Aplicar para Head Start?

Por favor, lea esta aplicación cuidadosamente y conteste todas las preguntas. Contiene información importante que es usada para determinar si su niño es elegible para servicios de Head Start, y para colocar a su niño en la lista de espera para un salón de clases. **Si usted necesita ayuda para llenar la aplicación, o si tiene cualquier pregunta, favor de llamarnos al (503)916-5724.**

► **Información General** Necesitamos comunicarnos con usted para poder registrar a su niño. Si usted cambia de domicilio, o número de teléfono después de haber llenado esta aplicación, por favor déjenos saber. Usted deberá proporcionarnos comprobante de la edad de su niño, comprobante de domicilio (un recibo de la luz, teléfono, agua etc.), y comprobante de vacunas para su niño.

► **Ingresos** Verificación de ingresos monetarios debe ser proporcionada al momento de registrar, para poder calificar y asistir al programa Head Start.

► **Prioridad** Head Start no procesa las aplicaciones en base a quien llena la aplicación primero. La información que usted nos proporciona ayuda a darle prioridad a su niño en la lista de espera.

Una vez que usted haya llenado la aplicación, por favor tráigala o envíela por correo al centro que usted elija. También puede comunicarse con nosotros al: 503-916-5724, Sacajawea, 4800 NE 74th Ave., Portland, OR 97218.

¿Qué Pasa Después?

Cuando recibamos su aplicación, la revisaremos y le dejaremos saber si necesitamos más información, o si su familia califica. Le avisaremos cuando tengamos un lugar disponible para su niño y haremos cita con usted para completar el proceso de registración.

Juramento

Juro (o certifico) que soy el padre o tutor legal del niño para el cual estoy aplicando para Head Start y que, por lo que yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta, completa y verdadera.

Doy autorización a Head Start para que verifique mis ingresos y circunstancias con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y mi empleador si es necesario. Entiendo que si mal represento mis ingresos familiares y circunstancias, mi familia tal vez no sea elegible para los servicios.

(Firma del padre o tutor legal)

Fecha de Hoy

Escuelas Publicas de Portland Educación para la niñez

APLICACION PARA EL PROGRAMA HEAD START

Oficina Central de Head Start – 503-916-5724

Head Start sirve a familias de bajos recursos economicos bajo el nivel federal de pobreza y niños con discapacidades.

OFFICE USE				
Date Received	Staff Initials	Application #	MECP?	Site

Nombre Legal del niño: Apellidos _____ Nombre /s _____

Género del Niño: Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento del niño ___/___/___
Mes /Día /Año

Nombre /s Padres o Tutores Legales:★ _____ Fecha de nacimiento ___/___/___
★ _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

El niño vive con.. (circule con quien /es) : Mamà Papà Padres de Crianza Tutores Legales__

Domicilio donde vive: _____

Ciudad:_____ Código Postal:_____ Escuela elementaria en su vecindad : _____

Teléfono: Casa _____ Recado _____ Trabajo/Otro _____

Idioma Principal de la Familia: _____ Segundo Idioma: _____

Etnicidad: Chino – Vietnamés – Negro – Hispano – Nativo Americano – Somalí – Blanco – Isleño del Pacífico- Otro

Raza del niño (circule una) : Negra Nativo Americana Blanca Asiática Islas del Pacifico

Número de medical del niño o nombre de aseguranza medica: _____

La siguiente información será utilizada para darle prioridad a su solicitud.

¿Es su familia elegible para Servicios a Inmigrantes? Si No

¿Tuvo usted su primer hijo cuando aun era un adolescente?.....Si No

¿Está su niño discapacitado? Si No Describa la discapacidad: _____

¿Está su niño recibiendo servicios de educación especial?..... Si No

Por favor anote qué servicios _____

¿Recibe su niño servicios de language? Si No

¿Asistió su niño al programa Early Head Start?Si No

¿Recibe su niño servicios de algún otro programa?.....Si No

Por favor indique de qué programa(s): _____

¿Fue usted recomendado a este programa de Head Start? Si No Quien lo recomendo: _____

¿A tenido usted a algún niño registrado en este programa antes?..... Si No

Hay problemas en su ámbito familiar o comunitario que le estén afectando a su niño, a usted, o a alguien en su familia inmediata y en los cuales podamos ayudarlo (o que hayan sucedido durante los pasados 2 años).....Si No

Por favor marque lo correspondiente: Abuso infantil/negligencia Muerte en la familia Divorcio Sin hogar Violencia Domestica

Abuso de Alcohol o Drogas Miembro de la familia en la carcel Niño con problemas de salud serios : _____

Otro _____

