



HEAD START OF YAMHILL COUNTY

1006 NE 3rd Street, Suite A; PO Box 1311

MCMINNVILLE, OR 97128

Phone: 503-472-2000 Fax: 503-472-6539

FOR OFFICE USE ONLY			
Age Eligible:	Yes	No	
Applicable Eligibility:			
Public Assistance:	SSI	TANF	
Foster	Homeless	Disability	
To 100%	100-130%	130% +	
Verification Document:			
Verified by:	Date:		
Approved by:	Date:		
Score			

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

¿Alguna agencia lo recomendó a Head Start? Si No Nombre de agencia y persona: _____

¿Le ayudó alguien a completar esta forma? Si No

Nombre del Padre/ Tutor Principal : _____ Vive en casa Si No Fecha de

Nacimiento: _____

Nombre del Padre/ Tutor Secundario(a): _____ Vive en casa Si No Fecha de

Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono de Mensaje: _____

Hogar de ambos padres Hogar de 1 padre Hogar de ambos abuelos Hogar de 1 abuelo

Padre es hijo adoptivo o fue hijo adoptivo (foster child) Padre(s) o tutor trabajan en agricultura

Padre/Tutor esta o ha estado en terapia de recuperación Padre/Tutor esta o ha estado encarcelado

Ha experimentado Violencia Doméstica Miembro de la familia del niño(a) es médicamente frágil

Asistiendo a la escuela Carece de Preparatoria / GED

Número de personas en su familia: _____

Propietario Renta cuarto o vivienda Sin hogar, en un refugio o vivienda de transición, o viviendo con amigos o familiares

por favor explique: _____

¿Está embarazada? Si No Fecha en que se alivia: _____ Interesada en Early Head Start? Sí No

¿Alguien en su familia recibe WIC? Sí No

Idioma principal: _____ Padre no habla inglés Niño(a) no habla inglés

Niño(a) está en cuidado de niño Sí No **El transporte escolar es limitado a ciertos centros y clases**

Si lo está, dirección de cuidado de niños: _____ Días: Lun Mar Mie Jue

¿Utiliza el niño(a) pañales durante el día? Sí No [No es requerido, pero es preferido para pre-K]

Información de Niño(s)- por favor incluya a todos los niños en su familia de 0-5 años

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niño Niña

¿Discapacidad diagnosticada? Sí No ¿IFSP? Sí No ¿Hijo(a) adoptivo o en custodia del Estado? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niño Niña

¿Discapacidad diagnosticada? Sí No ¿IFSP? Sí No ¿Hijo(a) adoptivo o en custodia del Estado? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niño Niña
¿Discapacidad diagnosticada? Sí No ¿IFSP? Sí No ¿Hijo(a) adoptivo o en custodia del Estado? Sí No

INFORMACION DE INGRESOS: Incluya los ingresos de todas las ganancias

INCLUYA COPIAS DE COMPROBANTES DE INGRESOS. Pueden ser: el formulario 1040 de los impuestos del año pasado, formularios W-2 del año pasado, o el talón de cheque más reciente.

Si recibe beneficios del Departamento de Servicios Humanos (oficina de estampillas), marque qué programas y firme el lanzamiento del DHS, y obtendremos un comprobante de ingresos en su nombre. En este momento hay un retraso en la obtención de documentación de DHS y le recomendamos que nos envíe su comprobante de ingresos directamente.

TANF SNAP SSI / SSD o Compensación VA

AUTORIZACION PARA DHS

Doy permiso a Head Start of Yamhill County de obtener información financiera del Departamento de Servicios Humanitarios.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Doy permiso a HSYC de compartir mi nombre e información de contacto con el distrito escolar, Yamhill County Public Health y/o A family Place Relief Nursery, HS y EHS Programas Migratorios/Tribales, Programas de Promesa Preescolar, y / o al Intercambio de Referencia 0-5 de Yamhill Community Care para referencias a sus programas de educación para padres, salud infantil y preescolar. Si ____ No ____

¡La información es verdadera y completa, y entiendo que la falsificación de ésta es considerada fraude!

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

\$ _____ Ingresos de salario anuales, antes de impuestos

\$ _____ Ingresos anuales de otros medios _____
Ejemplo: TANF, SSI, Manutención, Becas, Desempleo, Compensación por lesión, etc.

\$ _____ Total de Ingresos Anuales antes de Impuestos

Envíe la solicitud por correo PO Box 1311 McMinnville 97128, fax 503-472-6539, o envíe un mensaje de texto al 503-437-4100 o la caja de seguridad en uno de nuestros sitios:

Oficina Administrativa: 1006 NE 3rd St, Suite A, McMinnville
Michael Eichman Center: 813 NE 2nd St, McMinnville
Newberg Center: 2813 Crestview Dr, Newberg
Dayton Center: 528 Ferry St, Dayton
Sheridan Center: 1500 W Main St, Sheridan

Para soporte adicional contáctenos en
503-472-2000

FOR OFFICE USE ONLY		
Interviewed:		
In Person	Phone Call	Date:

Las solicitudes se aceptan todo el año

Head Start of Yamhill County son proveedores con igualdad de oportunidad.