



**HEAD START OF YAMHILL COUNTY**

**1006 NE 3<sup>rd</sup> 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.** Puede incluir el formulario 1040 del año anterior, el formulario W-2 del año anterior, o su talón de cheque más reciente. Si recibe beneficios de DHS (TANF, SNAP, SSI/SSD o Compensación VA) y quiere que ellos nos envíen su información de ingresos, por favor llame a su trabajador de caso y pídale que envíe la verificación de sus ingresos por fax a Head Start of Yamhill County 503-472-6539, o contáctenos para obtener un Formulario 3010 DHS Release of Information y nosotros obtendremos la información de sus ingresos en su nombre.

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 2<sup>nd</sup> 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

\*Las solicitudes se aceptan todo el año\*

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

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