

Date stamp received:



The *Where every child shines like a star!*

Children's Learning Center



Dirección: 650 N.E. A Street, Madras, Oregon 97741

Teléfono (541)475-3628 Fax (541)475-2583

Sitio web: www.madrastclc.org

ESTA APLICACIÓN NO ASEGURA MATRICULACIÓN. USTED SERA NOTIFICADO ACERCA DEL ESTATUS DE SU APLICACIÓN LO MÁS PRONTO POSIBLE.

Por favor marque el programa deseado:

-  **OPK-Head Start** (fondos estatales 3-5 años)
-  **Early Head Start** (fondos estatales 2 meses-3 años)
- Programa de Pre-escolar** (pago privado 3-5 años)
- Programa de Guardería** (pago privado 2 meses-5 años)

Por favor llene la aplicación completamente y con exactitud. Toda información es confidencial. Con gusto le asistimos con su aplicación si necesita ayuda.

¿Cómo escucho de este programa? _____ Agencia de referencia: _____

Información del estudiante que esta aplicando:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña

- Lenguaje primario del niño en casa: Inglés Español Otro: _____
 - ¿Tiene el niño alguna discapacidad documentada? Si No Si, que tipo?: _____
 - El niño recibe servicios de ESD (Intervención Temprana): Si No (ROI required for HDESD or provider)
 - ¿Hay una referencia en proceso con Intervención Temprana u otro socio comunitario? Si No (ROI required for HDESD or provider)
 - ¿Le preocupa el desarrollo de su hijo o sospecha que tiene una discapacidad? Si No
 - ¿El niño tiene alguna condición médica que requiere adaptación en el salón de clases? Si No
- Si, que tipo: _____

Estado Familiar: Dos Padres Un Padre/Madre Foster Abuelos/Otra Familia Adolescente (menor de 18 años cuando nació el niño)

Padre/Guardian Primario- viviendo en el mismo hogar quel el aplicante:

Primer nombre	Medio nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
				<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina

Relación con Niño: _____ Custodia del Niño: Si No Compartida Otro: _____

Dirección donde vive: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo (si es diferente): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono/Cel: _____ Recibe texto? Si No Correo electrónico: _____

Información del Padre/Guardian Secundario:

Primer nombre	Medio nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
				<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina

Relación con Niño: _____ Custodia del Niño: Si No Compartida Otro: _____

¿Vive con la familia? Si No Si no, su dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono/Cel: _____ Recibe texto? Si No Correo electrónico: _____

Aplicación para programa de paga: Vea #7- Firma
Aplicaciones para Head Start: Por favor conteste las preguntas a lo mejor de su conocimiento

Para ayudarnos a determinar si su familia es elegible para Head Start, debemos coleccionar comprobantes de ingresos para el período de tiempo relevante y otra información familiar. **Toda la información se mantiene confidencial.**

OTROS FAMILIARES EN EL HOGAR QUE SON MANTENIDOS POR INGRESOS DEL PADRE/GUARDIAN:

Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con Solicitante
	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		
	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		
	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		
	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		
	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		

1. ¿Está activo el padre / tutor en la Guardia Nacional / Militar de los Estados Unidos? Sí No ¿Veterano? Sí No
2. ¿Está en una casa de una sola familia de condiciones estándar y estatus permanente? Sí No
 Si la respuesta es no, por favor marque su situación de vivienda actual:

<input type="checkbox"/> Viviendo con familia/amigos por dificultad económica	<input type="checkbox"/> En programa de vivienda de transición/refugio (Casa segura por violencia doméstica/familia)	<input type="checkbox"/> En un motel o campamento
<input type="checkbox"/> Niños migrantes viviendo en cualquiera de las situaciones mencionadas	<input type="checkbox"/> Colocación temporal por niños acogidos por el estado	<input type="checkbox"/> En un vehículo, parquet, lugar público sin agua/calefacción
		<input type="checkbox"/> Otro:

3. ¿Alguno de los siguientes se aplica a usted? Si No (Si contesto Si, por favor provea verificación)

<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal de dinero en efectivo)	<input type="checkbox"/> Cuidado tutelar (Foster Care)
<input type="checkbox"/> Familia sin hogar	<input type="checkbox"/> SSI (Seguro suplementar del seguro social)

4. Si la pregunta #3 no aplica a su situación, favor de proveer cualquier verificación de la siguiente:

<input type="checkbox"/> Impuestos/W2 (ultimo calendario)	<input type="checkbox"/> Manutención de niños/pensión	<input type="checkbox"/> No hay ingresos. Padre/guardián no ha recibido ingresos en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Talón de cheque	<input type="checkbox"/> Carta escrita por su empleador/ trabajo por su cuenta (Complete el formulario de declaración proveída en la escuela)	<input type="checkbox"/> (Complete la Declaración de No Ingresos proveída en la escuela)
<input type="checkbox"/> Ingreso Militar		
<input type="checkbox"/> Ingresos del desempleo		

5. ¿Qué servicios recibe la familia? (Marque todo lo que aplique):

<input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida)	<input type="checkbox"/> DHS Bienestar Infantil	<input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos
<input type="checkbox"/> ERDC (Subsidio de cuidado de niños)	<input type="checkbox"/> OHP (Plan de salud)	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Otro:

6. Circunstancias Familiares: marque todo lo que aplique a la familia inmediata del estudiante:

<input type="checkbox"/> Caso activo de abuso/negligencia de niños	<input type="checkbox"/> Niño expuesto a abuso de sustancias durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Padre/Guardián recibe servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Niño completo programa de Early Head Start
<input type="checkbox"/> Familias afectadas por violencia domestica	<input type="checkbox"/> Niño en cuidado tutelar (Foster) en los pasados 2 años	<input type="checkbox"/> Padre/Niño tiene condición de salud crónica o amenaza de vida	<input type="checkbox"/> Padre/Guardián inscrito en la escuela
<input type="checkbox"/> Familia actualmente afectada por abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Niño expuesto a falta de vivienda en los pasados 2 años	<input type="checkbox"/> Tiene preocupación sobre la salud mental/ comportamiento del niño	<input type="checkbox"/> Padre/Guardián no tiene diploma de High School/GED
<input type="checkbox"/> Padre encarcelado/libertad condicional	<input type="checkbox"/> Familia afectada por abuso de sustancias/tratamiento en los pasados 2 años	<input type="checkbox"/> Muerte en la familia inmediata en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Familia no habla Ingles
<input type="checkbox"/> Niño recibiendo servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Niño afectado por divorcio/ separación		<input type="checkbox"/> Padre/Guardián tiene dificultad para leer/escribir

Si quiere ser considerado para Head Start, aunque tal vez no califique, por favor describa los retos y circunstancias de su familia:

7. Yo certifico que la información anterior en esta solicitud, incluyendo la financiera si se incluye, es lo mejor de mi conocimiento, verdadera y correcta. Yo autorizo a TCLC a acceder a los registros de vacunas usando Oregon Alert System.

Firma del Padre/Guardian **X** _____ Fecha _____

“Esta institución es un proveedor de oportunidades iguales.”