



ESCUELAS PÚBLICAS DE PORTLAND. PROGRAMA HEAD START

4800 NE 74th Ave. Portland, OR 97218 * 503-916-5724 * FAX 503-916-2670 * www.pps.net/head-start

PARA USO DE LA OFICINA

Fecha en que fue recibido _____ Iniciales del empleado _____ Solicitud # _____ MECP? _____ Sitio _____

Esta solicitud no asegura la matrícula. Usted será notificado con respecto al estatus de su solicitud tan pronto como sea posible.

Nombre legal del niño: Apellido(s) _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Género del niño: Masculino Femenino Fecha de nacimiento del niño ___/___/___

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela primaria en su vecindario _____ Correo electrónico _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo/Otro _____

Grupo étnico del niño: ¿Hispano? Sí No

Raza del niño/a: Negro Nativo Americano Blanco Asiático Originario de las Islas del Pacífico

Idioma que habla la familia en el hogar: 1ro. _____ 2do. _____

Número médico del niño o Cobertura de Seguro Médico _____

¿Tiene el niño alguna discapacidad o deterioro de salud documentada? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

¿Está recibiendo este niño algún servicio de educación especial? Sí No ¿Proveedor? _____

Familia del niño Por favor enumere los padres o Tutores:

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Idioma primario ¿Necesita un intérprete?	Dirección (Si es diferente a la anterior)

Marque solo una: Familia con un padre Familia con dos padres Familia substituta o de acogida Abuelos Otro

¿Están los padres/tutores empleados? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Tiempo completo Medio tiempo

_____ Tiempo completo Medio tiempo

¿Están los padres/tutores estudiando? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Tiempo completo Medio tiempo

_____ Tiempo completo Medio tiempo

Por favor, responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible. Esto nos ayudará a determinar la urgencia de las necesidades de su familia.

El niño ha sido inscrito en: Head Start Early Head Start

¿Cuándo? /¿Dónde? _____

¿Algún miembro de la familia se encuentra encarcelado en la actualidad? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la relación con el niño? _____

¿Algún hermano/a ha estado inscrito en nuestro programa? Sí No Si la respuesta es sí, Nombre: _____

Cuando _____

Por favor, marque cualquier problema de entorno ambiental que haya afectado al niño durante los últimos 2 años:

- Maltrato infantil/abandono Muerte en la familia Divorcio Falta de vivienda Violencia doméstica
 Abuso de drogas o alcohol Encarcelamiento de un padre
 Problema de salud serio de salud infantil _____ Otro _____

¿Se encuentra un padre/tutor desplegado en las fuerzas armadas? Sí No

¿Fue o es usted un padre adolescente? Sí No

¿Su familia recibe servicios de otra agencia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuál? _____

¿Está su familia recibiendo vales de despensa (SNAP)? Sí No

¿Está recibiendo WIC por este niño? Sí No Si la respuesta es sí, escriba el número de WIC _____

Se necesitará proveer prueba de ingresos de todos los padres/tutores que están viviendo en el mismo hogar y están relacionados con el niño/a por medio de parentesco consanguíneo, por razón de matrimonio o adopción. Estas cantidades deberán ser verificadas en el momento de la inscripción por medio de al menos uno de los siguientes: Formularios W2, recibos de sueldo (nóminas), Formulario de Impuestos 1040, declaración escrita del empleador, o una declaración firmada.

¿Está su familia recibiendo una subvención en efectivo u otro beneficio de TANF en la actualidad? Sí No

¿Usted o alguien de su familia recibe en la actualidad Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)? Sí No

¿Es este niño un niño en adopción temporal situado con usted a través de DHS? Sí No

¿Tiene usted una vivienda permanente? Sí No

Si la respuesta es no, por favor describa su vivienda actual _____

Ingresos anuales en bruto en la actualidad: _____ Número de personas en el hogar: _____

Ingreso mensual en bruto en la actualidad: _____

El programa Head Start de PPS incluye muchos servicios de apoyo para las familias. Se pedirá a los padres que trabajen con el programa de las siguientes formas: ayudando con actividades de la clase, participando en visitas domiciliarias regulares, asegurándose de que su niño asista regularmente, comunicándose con los empleados del programa y obteniendo regularmente cuidado dental y de salud para su niño.

Firma del padre/Tutor _____ Fecha _____

¿Cómo supo acerca del programa de Head Start de PPS? _____

El programa Head Start de PPS no provee transporte a ningún lugar, pero existe la posibilidad de ayuda con el transporte por medio de TriMet. Para tener derecho al programa Head Start de PPS, las familias deben residir dentro de los límites de PPS.

Localización de los Sitios de PPS Por favor indique el/los Sitio(s) de su preferencia

_____ Sacajawea	4800 NE 74 th Avenue	(Oficina principal) 503-916-5724
_____ Jason Lee	2222 NE 92 nd Avenue	503-916-3170
_____ Clarendon	9325 N Van Houten	503-916-6269
_____ Applegate	7650 N Commercial Ave	503-916-6294
_____ Creston Annex	4620 SE Powell Blvd	503-916-6219
_____ Kelly Center	9015 SE Rural	503-916-5759
_____ Sitton	9930 N Smith	503-916-3043
_____ Grout	3119 SE Holgate Blvd	503-916-6711
_____ Whitman	7326 SE Flavel St	503-916-5153