



**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 de Madre: \_\_\_\_\_ Vive en casa  Si  No Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ 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

Número de personas en su familia: \_\_\_\_\_

Propietario  Renta cuarto o vivienda  Sin hogar permanente o desplazado. Si es así, 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?  Si  No

Idioma principal: \_\_\_\_\_  Padre no habla inglés  Niño(a) no habla inglés

Educación de los padres:  Asistiendo a la escuela  Carece de Preparatoria / GED  Grado universitario

Actualmente tiene:  Diploma de Preparatoria/GED  Grado Universitario

Niño(a) está en cuidado de niño  Sí  No Necesita cuidado para el niño/a  Sí  No

Utiliza el niño/a diapers durante el día?  Sí  No

**[No es requerido pero es preferido para pre-K]**

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

**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), por favor marque que programas y firme la autorización, así nosotros podremos obtener la información de sus ingresos.

- TANF       SNAP       SSI

<b><u>AUTORIZACION PARA DHS</u></b>	
Doy permiso a Head Start of Yamhill County de obtener información financiera del Departamento de Servicios Humanitarios.	
_____	_____
Firma del padre/madre o tutor	Fecha

\$ \_\_\_\_\_ 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**

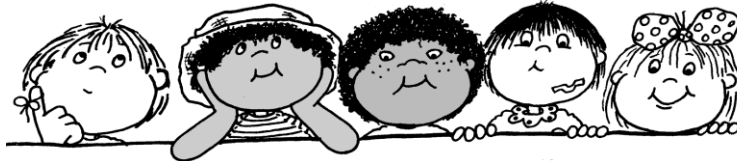
Doy permiso a HSYC de compartir mi nombre e informacion de contacto con el distrito escolar, Yamhill County Public Health y/o A family Place Relief Nursery, HS y EHS Programas Migratorios/Tribales para referencias de programas para padres, prescolares, y salud infantil. Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor      Fecha

Por favor entregar la solicitud **en persona** por el padre, madre o guardián en cualquiera de nuestros sitios o llame al 503 472 2000.

- 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
- Aula Yamhill/Carlton en Yamhill Intermediate School: 310 E Main St, Yamhill



\*Las solicitudes se aceptan todo el año\*

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

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>		
<b>Interviewed:</b>	<b>By:</b>	
In Person	Phone Call	Date: