

## South Coast Head Start

<b>Aplicante (Niño o Madre Embarazada aplicando para servicios)</b>					
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque todo lo que corresponda)		Etnia	Primer Idioma	¿En qué idioma prefiere recibir información?	
<input type="checkbox"/> Asiati <input type="checkbox"/> Indígena/ de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/de Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Si    Idioma _____	
Seguro	OHP/Healthy Kids	Doctor	Dentista	<b>Las mamás embarazadas sólo</b>	
	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Matriculado <input type="checkbox"/> Solicitando			<input type="checkbox"/> Madre Embarazada Fecha de Parto: ¿Embarazo de Alto Riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de primera visita prenatal:	
<b>Adulto 1</b>					
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque todo lo que corresponda)		Etnia	Primer Idioma	¿En qué idioma prefiere recibir información?	
<input type="checkbox"/> Asiati <input type="checkbox"/> Indígena/ de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/de Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Si    Idioma _____	
Mayor grado completado		Empleo	Relación	Custodia	Marque todo lo que se aplica:
<input type="checkbox"/> Año _____ <input type="checkbox"/> 2 años de Univ. <input type="checkbox"/> 4 años de Universidad o mas <input type="checkbox"/> Otro entrenamiento/Certificación		<input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> de media jornada <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado/Incapac. <input type="checkbox"/> Entrena./Escuela	<input type="checkbox"/> Natural/Adop/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compart	<input type="checkbox"/> Vive con Familia <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero
				Correo Electrónico:	
<b>Adulto 2</b>					
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque todo lo que corresponda)		Etnia	Primer Idioma	¿En qué idioma prefiere recibir información?	
<input type="checkbox"/> Asiati <input type="checkbox"/> Indígena/ de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/de Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Si    Idioma _____	
Mayor grado completo		Empleo	Relación	Custodia	Marque todo lo que se aplica:
<input type="checkbox"/> Año _____ <input type="checkbox"/> 2 años de Univ. <input type="checkbox"/> 4 años de Universidad o más <input type="checkbox"/> Otro entrenamiento./Cert.		<input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> de media jornada <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado/Incapac. <input type="checkbox"/> Entrena./Escuela	<input type="checkbox"/> Natural/Adop/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compart	<input type="checkbox"/> Vive con Familia <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero
				Correo Electrónico:	
<b>Niño Adicional - Por favor, haga una lista de todos los niños de su familia en el hogar. ¿Está aplicando este niño para servicios también?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No (Si necesita más espacio para hacer una lista los niños, por favor use una hoja de papel adicional).</b>					
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque todo lo que corresponda)		Etnia	Primer Idioma	OHP/Healthy Kids	
<input type="checkbox"/> Asiati <input type="checkbox"/> Indígena/ de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/de Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> Matriculado <input type="checkbox"/> Solicitando	

# Información Familiar, Ingresos y Contactos

## Información de Familia

Dirección residencial		Código postal	Ciudad	Estado
Dirección de correo (si es diferente)		Código postal	Ciudad	Estado
Información de Vivienda:				
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Dueño	<input type="checkbox"/> Sin Vivienda	<input type="checkbox"/> Vive en un hogar temporal	<input type="checkbox"/> Comparte casa debido a pérdida de vivienda/dificultad económica
Números Telefónicos		Tipo (marque uno)	Nota (por ejemplo, una extensión o mejor hora para llamar)	Marque la casilla para recibir comunicaciones por mensaje de texto o correo electrónico
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí (de texto)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí (de texto)
Correo electrónico:				<input type="checkbox"/> Sí (de email)
Estado de Padre/Madre (marque uno)		Idioma principal en el hogar.		
<input type="checkbox"/> Un/a Padre/Madre <input type="checkbox"/> Dos Padres				
Número actual de personas en el hogar	Referido por la Agencia de Bienestar Infantil	Familia Militar	WIC	Recibiendo SNAP / Cupones de Alimentos
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Veterano/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Ingresos de Familia (Necesario para la aplicación completa): proporcione prueba de ingresos de 12 meses

TANF	Seguridad de Ingreso Suplementario
El Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gracias por completar esta solicitud para South Coast Head Start. Su solicitud se procesará de manera oportuna cuando la reciba nuestro especialista en inscripción (ERSEA). **Cuando haya una vacante disponible en nuestro programa, revisaremos la lista de espera y haremos una selección de inscripción basada en los criterios de selección establecidos por nuestro Consejo de Políticas, utilizando la información de las solicitudes.** Si tiene alguna pregunta, llame a South Coast Head Start al 541-888-3717.

### Por favor, proporcione comprobantes de lo siguiente con su solicitud:

1) Ingresos y

2) Información sobre la fecha de nacimiento

<b><u>La verificación de la fecha de nacimiento incluye:</u></b>	<b><u>La verificación de ingresos incluye:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de nacimiento.</li> <li>• Registro oficial de vacunas del consultorio de un médico.</li> <li>• Copia impresa del DHS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibos de sueldo</li> <li>• Copia impresa del DHS (TANF/SNAP)</li> <li>• Verificación de desempleo o último recibo de sueldo.</li> <li>• Declaración del empleador</li> <li>• W-2</li> <li>• Formulario de impuestos</li> </ul>

**Entiendo que esta es una aplicación para la lista de espera de South Coast Head Start SOLAMENTE y no garantiza la inscripción en el programa. Entiendo que no todas las opciones del programa South Coast Head Start estarán disponibles en todas las áreas de servicio. Toda la información es confidencial. También entiendo que tengo que mantener informado a South Coast Head Start sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono o necesidades de colocación en el aula. Soy legalmente responsable de este niño / niña.**

\_\_\_\_\_ South Coast Head Start participa con Preschool Promise y Baby Promise para ayudar a apoyar inscripción coordinada para los niños y las familias en la lista de espera. Es posible que se comuniquen con usted sobre otros servicios disponibles para su hijo / hija y su familia. Si **NO DESEA** que la información de su familia se intercambie con el proyecto de extensión, escriba sus iniciales.

Devuelva o envíe las solicitudes por correo a: **1855 Thomas Ave. Coos Bay, OR 97420** o envíe un correo electrónico:

**enrol@orcca.us**

Firma de Padre/ Madre/ Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_