

Date stamp received:

The *Where every child shines like a star!*

Children's Learning Center



Dirección: 650 N.E. A Street, Madras, Oregon 97741
Telefono (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. Si tiene preguntas acerca de la aplicación, o necesita ayuda, por favor llame para asistencia con gusto le ayudamos!

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

- Masculino** **Raza (Marque lo que aplica):** Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Blanco
- Femenino** **Etnicidad (Marque el que aplica):** Nativo Hawaiano u otra Isla Pacifica Otro: _____
- Femenino** **Etnicidad (Marque el que aplica):** Hispano u Origen Latino No-Hispano u Origen Latino

Lenguaje primario en casa: Español Ingles Otro: _____

Tiene el niño alguna discapacidad documentada? Si No Si, que tipo?: _____

El niño recibe servicios de ESD (Intervención Temprana): Si No

El niño tiene alguna condición medica que requiere alojamiento en el salón de clases? Si No

Si, que tipo: _____

Doctor del Niño _____ **Dentista del Niño** _____
Nombre Ubicación/Oficina Nombre Ubicación/Oficina

Dirección donde vive: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

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

Marque uno: Dos padres de familia Padre/Madre Soltero Familia Temporal Abuelos Otro: _____

Adulto 1: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Lenguaje:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación con Niño: _____ Custodia del Niño: Si No Vive con la familia? Yes No

Número de teléfono: _____ Trabajo: _____ Email: _____

Adulto 2: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Lenguaje:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación con Niño: _____ Custodia del Niño: Si No Vive con la familia? Yes No

Número de teléfono: _____ Trabajo: _____ Email: _____

Solicitantes de Preescolar o Guardería: Conteste "Como escucho de nuestro programa" y firme abajo
Solicitantes de Head Start: Termine de llenar la aplicación y firme abajo

Esta aplicación es para un niño acogido? Si No Alguien recibe beneficios del Seguro Social? Si No
 Su familia esta recibe TANF (dinero efectivo)? Si No Tiene vivienda permanente? Yes No
 Si la respuesta es no, por favor describa su situación de vivienda: _____

Por favor enliste todas las personas que viven en el hogar y que son mantenidos por sus ingresos:

	Nombre	Relación con el solicitante	FDN (fecha de nacimiento)
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

Adulto 1: Nivel de educación: Maestría Bachilleres Asociado GED o HS Diploma 9 o menos Otro _____
Situación laboral: Hogar Tiempo completo Tiempo parcial Retirado/Deshabilitado Colegio/Clases Desempleado Militar Temporal

Adulto 2: Nivel de educación: Maestría Bachilleres Asociado GED o HS Diploma 9 o menos Otro _____
Situación laboral: Hogar Tiempo completo Tiempo parcial Retirado/Deshabilitado Colegio/Clases Desempleado Militar Temporal

Para ayudar a determinar si su familia es elegible para Head Start, necesitamos saber sus ingresos en bruto. Por favor incluya documentación de ingresos que mejor refleja su situación financiera actual. Guías federales requieren que los ingresos sean verificados al momento de inscripción.

Talón de cheque Impuestos 1040 Seguro Desempleo Carta del Empleador Formas W-2 Beneficios de Seguro Social
 Manutención de hijos TANF Dinero efectivo welfare Documentación de niño acogido Otro: _____

Su familia recibe servicios de otras agencias? (Por favor marque las que aplican): SNAP Oregon Health Plan DHS
 ERDC Servicios de Bestcare Vivienda de bajos ingresos WIC ID #: _____ Otro: _____

Circunstancias de familia que han ocurrido en el pasado año:

Abuso/Negligencia Servicios salud mental Divorcio Problemas serios de salud Violencia domestica Abuso alcohol/drogas
 Padre actualmente encarcelado Padre Militar Referido por agencia de bienestar de niños: _____

Otros comentarios/circunstancias especiales: si quiere ser considerado para Head Start aunque tal vez no califique, por favor describa los retos y circunstancias de su familia. _____

Como escucho de nuestro programa?

Familia inscrita anteriormente Familia/Amigos Internet Volantes Feria WIC Departamento de Salud Doctor DHS
 Semana del Niño Bestcare Intervención Temprana Relief Nursery Otro: _____

He leído esta aplicación y la entiendo. Certifico que la información arriba, incluyendo financiera si fue incluida, según entiendo, es verdad y completa.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

TCLC tiene permiso para acceder a los registros de vacunas usando Oregon Alert System.

Firma Padre/Guardián _____

Fecha _____

Head Start: Yo autorizo a TCLC que verifique mi ingreso y circunstancias de familia con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), con mi empleador, o contactando terceras personas, si es necesario.

Firma Padre/Guardián _____

Fecha _____

El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, la represalia, y en su caso, las creencias políticas aplicables, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la protección de información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.) Si usted desea presentar una queja programa de Derechos Civiles de la discriminación, completar el [formulario de USDA Programa de Quejas de Discriminación](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (PDF), que se encuentra en línea http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame a (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información requerida en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, Estados Unidos, por fax (202) 690 a 7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla y desea presentar ya sea una EEO o queja programa por favor comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). "Esta institución es un empleador y proveedor de oportunidades iguales."