

2020-2021 Formulario de Evaluación Preescolar

¿Debería completar este formulario?

¿Su hijo tendrá 3 o 4 años de edad antes del 1 de septiembre? Sí No

¿Está interesado en los programas preescolares en Linn, Benton or Lincoln Counties? Sí No

¿Los ingresos anuales de su familia son igual o menos a este nivel? Sí No

*Tenga en cuenta que algunos programas ofrecen servicios a niño de cuidado de crianza (foster) y familias esta sin hogar independientemente de ingresos.

SI RESPONDIÓ NO a cualquiera de las preguntas de esta sección y no está completando esta solicitud para un niño de cuidado de crianza (Foster) o si está sin hogar, es posible que no sea elegible para el preescolar gratuito. Comuníquese con el Early Learning Hub en preschoolpromise@linnbenton.edu si desea obtener más información.

2020 Tabla de Nivel de Pobreza Federal (FPL)

Habitantes en Casa	200% FPL
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240

Padre/Guardián Información de Contacto

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Relación hacia el niño/a: Padre Guardián / Tutor Legal Padre Adoptivo Otro: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Segundo: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Cómo Prefiere ser contactado? Teléfono Principal Teléfono Secundario Correo Electrónico Otro: _____

¿En qué Idioma prefiere que le contactemos? Ingles Español Ruso Vietnamita Mandarín Chino Cantonés Chino

Otro: _____

Información del Niño

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino X _____

¿Cuál es su idioma principal? Ingles Español Ruso Vietnamita Mandarín Chino Cantonés Chino

Otro: _____

¿Cómo identifica la nacionalidad, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia de su hijo? _____

¿Tiene su familia un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP) para apoyar el desarrollo de su hijo? Sí No

¿Tiene su hijo algún desafío de salud, nutricional, de comportamiento o de salud mental que requiera apoyo especializado? Sí No

Si respondió sí, proporcione la información de contacto de su proveedor:

Información Familiar

Habitantes en Casa: # de Padres/Adultos: _____ + # de Niños Dependientes _____ = _____ (Total del Hogar)

Ingresos Preliminares/Elegibilidad:

Niño Adoptivo

Total de Ingresos (el año más reciente de impuestos o 12 meses pasados): _____

Los ingresos serán verificados por: salarios, manutención de niños, desempleo, subvenciones en efectivo, TANF y SSI.

¿Recibe su familia alguno de los servicios Siguietes o las formas de la asistencia financiera?

- DHS Employment Related Daycare (ERDC) Sí No
- Programa de Almuerzo Gratis o Reducido Sí No
- Programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP) Sí No
- Ingresos de seguridad suplementarios (SSI) Sí No
- Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF) Sí No
- Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC) Sí No
- Medicaid/Plan de Salud de Oregón (OHP) Sí No
- ¿Consideras que tu familia esta si su propio hogar? Sí No

¿Desea obtener más información sobre alguno de estos programas o hay otras necesidades? Por favor describa.

Preferencias de Cuidado y Educación Temprana

Ubicación (ciudad, área residencial, código postal, área escolar, proximidad a casa o trabajo)

Clasifique hasta tres proveedores participantes en los que esté interesado en inscribirse:

- Configuración preferida: Cuidado Infantil Familiar / En el Hogar
- Basado en un Centro Head Start Distrito escolar
- Idioma o Ambiente culturalmente específico (describa):

1. _____
2. _____
3. _____

Necesita Transportación: Sí No Visitas a domicilio/Apoyos a padres: Sí No Cuidado extendido: Sí No

Firma de Padre/Guardián

Al firmar este formulario de selección, entiendo y acepto que la información en este formulario puede ser compartida con entidades e individuos involucrados en el Programa de Promesa Preescolar, incluyendo proveedores de preescolar, Comités de Inscripción, Centros de Aprendizaje Temprano, Distritos de Servicios Educativos y el Departamento de Educación de Oregón y su División de Aprendizaje Temprano, con el propósito de administrar y evaluar el Programa de Promesa Preescolar.

Nombre Completo con Letra de Molde

Firma

Fecha

Sin Hogar– un niño puede ser considerado sin hogar si la familia cumple con uno de los criterios de la Definición McKinney-Vento de "Sin Hogar" - Subtítulo B del Título VII de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento (Título X, Parte C, de la Ley Ningún niño se queda atrás) define "homeless" de la siguiente manera:

Individuos que carecen de una residencia fija (estable/permanente), regular (utilizada por noche) y adecuada recidencia de noche (suficiente para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas típicamente satisfechas en ambientes domésticos). El niño o la familia deben ser:

1. compartir la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar;
2. vivir en moteles, hoteles, parques de remolques o campings debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados;
3. que viven en refugios de emergencia o de transición;
4. abandonado en hospitales; o
5. esperar la colocación de cuidado de crianza;
6. permanecer en una residencia nocturna primaria que sea un lugar público o privado no diseñado/utilizado normalmente como un alojamiento habitual para dormir para los seres humanos;
7. vivir en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de calidad inferior, estaciones de autobus, tren, o similares;
8. niños migratorios que viven en circunstancias descritas anteriormente.