Preschool Promise
Oregon Department of Early Learning and Care

2025-2027 Solicitud para el Programa Promesa Preescolar

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ X

¿CUÁL ES LA LENGUA MATERNA DE SU HIJO?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro _____

¿QUÉ IDIOMA(S) SE HABLA(N) EN SU HOGAR?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro _____

RAZA Y ETNIA DEL NIÑO:

Indígena americano o nativo de Alaska

☐	Indígena americano
☐	Nativo de Alaska
☐	Inuit, Metis o Primera Nación canadiense
☐	Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

☐	Guamanés o chamorro
☐	Micronesio
☐	Nativo de Hawái
☐	Samoano
☐	Tongano
☐	Otro nativo de las islas del Pacífico

De Oriente Medio/Norte de África

☐	Del Norte de África
☐	De Oriente Medio

Asiático

☐	Indio asiático
☐	Chino
☐	Filipino
☐	Hmong
☐	Japonés
☐	Coreano
☐	Laosiano
☐	Asiático del sur
☐	Vietnamita
☐	Otro asiático

Hispano o latino

☐	Hispano o latino centroamericano
☐	Hispano o latino mexicano
☐	Hispan o latino sudamericano
☐	Otro hispano o latino

Negro o afroamericano

☐	Afroamericano
☐	Africano (negro)
☐	Caribeño (negro)
☐	Otro negro

Blanco

☐	Europeo del este
☐	Eslavo
☐	Europeo del oeste
☐	Blanco/Caucásico
☐	Otro blanco

Otras categorías

☐	Otro:
☐	No sé/Desconozco
☐	Declinar/No quiero contestar

¿Su hijo está inscrito en un programa de cuidado infantil/preescolar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre del programa. _____

¿El niño se encuentra en un hogar de acogida aprobado por el Estado? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo recibe servicios de educación especial, tiene un Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) o trabaja con los programas de Intervención Temprana (EI) o Educación Especial en la Edad Temprana (ECSE) para promover el desarrollo de su hijo? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo necesita alguno de los siguientes apoyos especializados? (La respuesta no influye en la elegibilidad)

Comportamiento	Salud	Nutrición	Salud mental
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique los socios de salud, especialistas en ECSE u otros proveedores que le gustaría que conociéramos:

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Su familia se enfrenta actualmente a alguna de las siguientes situaciones de vida: vive en un albergue, se aloja en un motel o camping debido a la falta de vivienda adecuada, reside en un coche, parque, edificio abandonado o estación de autobús/tren, comparte vivienda (se aloja) con otras personas debido a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas o carece de un lugar fijo, habitual y adecuado donde pasar la noche?

☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el niño: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Otro: _____

Porcentaje de tiempo que el niño vive con su padre/madre/tutor:

☐ 0% ☐ Del 1 al 25% ☐ Del 26 al 50% ☐ Del 51 al 60% ☐ Del 61 al 74% ☐ Del 75 al 99% ☐ 100%

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección física (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted? ☐ Teléfono principal ☐ Teléfono secundario ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Otro: _____

¿EN QUÉ IDIOMA PREFIERE RECIBIR...

Comunicación escrita: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro: _____

Comunicación oral: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro: _____

SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Empleado a tiempo parcial/ tiempo completo ☐ Estudiante ☐ Empresario ☐ Actualmente no trabaja (desempleado, padre o madre que se queda en casa, jubilado, etc.)

☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 2

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el niño: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Otro: _____

Porcentaje de tiempo que el niño vive con su padre/madre/tutor:

☐ 0% ☐ Del 1 al 25% ☐ Del 26 al 50% ☐ Del 51 al 60% ☐ Del 61 al 74% ☐ Del 75 al 99% ☐ 100%

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección física (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted? ☐ Teléfono principal ☐ Teléfono secundario ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Otro: _____

¿EN QUÉ IDIOMA PREFIERE RECIBIR...

Comunicación escrita: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro: _____

Comunicación oral: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Otro: _____

SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Empleado a tiempo parcial/ tiempo completo ☐ Estudiante ☐ Empresario ☐ Actualmente no trabaja (desempleado, padre o madre que se queda en casa, jubilado, etc.)

☐ Otro: _____

Consentimiento de los padres - Firma del padre/madre/tutor legal

Al firmar esta solicitud, confirmo que he dado información verdadera y completa, y entiendo que el Departamento de Aprendizaje y Cuidado Temprano de Oregón puede verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer declaraciones falsas u omitir información de manera intencional puede exponerme a sanciones estatales y federales. Entiendo que el PSP es un programa financiado por el estado y que los servicios preescolares proporcionados bajo el programa PSP pueden terminar si ya no hay fondos disponibles.

Entiendo y acepto que la información en este formulario, cualquier información recopilada o recogida por el proveedor como parte de la certificación de elegibilidad, y cualquier prueba o informe que describa el progreso educativo de mi hijo en el Programa PSP se puede compartir con entidades involucradas en la prestación de servicios y apoyos de PSP a mi hijo, que incluyen pero no se limitan a proveedores preescolares, Comités de Inscripción, Hubs, Distritos de Servicios Educativos (servicios de Educación Especial en la Edad Temprana), Recursos y Referencias de Cuidado Infantil y el Departamento de Aprendizaje y Cuidado Temprano de Oregón, con el propósito de administrar y evaluar el Programa PSP.

La presentación de este formulario de elegibilidad no garantiza la admisión en el programa PSP. Se requiere la firma del padre/madre/tutor legal y la fecha.

Nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD (PARA USO EXCLUSIVO DEL ESPECIALISTA EN ELEGIBILIDAD DE PSP)

Nombre del Hub: _____

PASO 1: Complete la siguiente información

Nombre del niño: _____

Tamaño de la familia: _____

Ingresos anuales: _____

Nivel de ingresos de la familia:

☐	Igual o inferior al 100% del FPL
☐	101 - 130% FPL
☐	131 - 200% FPL
☐	TANF, OHP para Adultos, Puente a OHP, OHP CWM ("Emergencia médica" o "Medicaid de emergencia")
☐	Exención por exceso de ingresos GALA (antes conocido como FAR)

¿El nivel de ingresos de la familia cumple con los criterios de elegibilidad? ☐ Sí ☐ No

Documentos presentados para la verificación de ingresos:
(Marque todas las opciones que correspondan)

☐	Declaraciones de pensión alimenticia
☐	Documentación sobre hijos de acogida
☐	Formulario del impuesto sobre ingresos 1040 o 1040A
☐	TANF, OHP para Adultos, Puente a OHP, OHP CWM ("emergencia médica" o "Medicaid de emergencia")
☐	SNAP, ERDC, WIC con verificación adicional de ingresos
☐	Recibos de sueldo (3 consecutivos más recientes)
☐	Carta del SSI
☐	Declaraciones de desempleo
☐	W2
☐	Formulario complementario de ingresos de la familia
☐	Otro

Edad* del niño: _____

*Los niños deben tener por lo menos tres años, pero aún no ser elegibles para el jardín de infantes, en la fecha utilizada para determinar la elegibilidad para el jardín de infantes (1 de septiembre para la mayoría de los distritos escolares en Oregón). Verifique la fecha con los distritos escolares locales.

Documentos presentados para la verificación de elegibilidad de edad:

☐	Copia del certificado de nacimiento
☐	Copia del expediente del hospital
☐	Copia de la documentación del pediatra/consultorio médico
☐	Copia del registro de vacunación del niño
☐	Documentación del seguro médico
☐	Carta de colocación en un hogar de acogida
☐	Documento legal (p. ej., carta de beneficios) que muestre la fecha de nacimiento del niño
☐	Formulario complementario de fecha de nacimiento del PSP

¿La edad del niño cumple con los criterios de elegibilidad? ☐ Sí ☐ No

¿La familia vive en Oregón? ☐ Sí ☐ No

Nota: Las familias sin hogar no están obligadas a presentar documentación sobre su domicilio en Oregón.

Documentos presentados para la verificación de residencia en Oregón:

☐	Factura actual de servicios públicos (electricidad, gas, agua/alcantarillado y residuos)
☐	Contrato de alquiler
☐	Documento de identidad o licencia de conducir de Oregón
☐	Recibo de sueldo, formulario de impuestos 1040 o W2
☐	Carta de beneficios (Seguro Social, TANF, SNAP, carta de OHP, etc.) fechada dentro de los últimos 12 meses
☐	Carta de colocación en un hogar de acogida
☐	Dirección segura a través del Programa de Confidencialidad de Domicilio
☐	Formulario complementario de domicilio del PSP

Importante: Los especialistas en elegibilidad del PSP deben guardar copias de toda la documentación presentada/utilizada para determinar la elegibilidad.

PASO 2: Certificación y firma del personal

PERSONAL DE INSCRIPCIÓN: He examinado los documentos y la información presentados por el padre/madre/tutor y, a mi leal saber y entender, la familia:

☐ Es elegible para los servicios del PSP

☐ No es elegible para los servicios del PSP

Nombre completo del miembro del personal	Firma del miembro del personal	Fecha
_____	_____	_____

PASO 3: Colocación

El niño está colocado _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP — Nombre del sitio — Fecha

En el caso de transferencia:

El niño está colocado _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP — Nombre del sitio — Fecha

El niño está colocado _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP — Nombre del sitio — Fecha