

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino X _____

¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL DE SU HIJO?

Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro _____

¿QUÉ IDIOMA(S) HABLA EN SU HOGAR?

Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro _____

RAZA Y ETNIA DEL NIÑO:

Indígena americano o nativo de Alaska

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Indígena americano |
| <input type="checkbox"/> | Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> | Inuit, métis o de las primeras naciones de Canadá |
| <input type="checkbox"/> | Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano |

Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> | Micronesio |
| <input type="checkbox"/> | Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> | Samoano |
| <input type="checkbox"/> | Tongano |
| <input type="checkbox"/> | Otro isleño del Pacífico |

Oriente Medio/África del Norte

| | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Norteafricano |
| <input type="checkbox"/> | De Oriente Medio |

Asiático

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Indio asiático |
| <input type="checkbox"/> | Chino |
| <input type="checkbox"/> | Filipino |
| <input type="checkbox"/> | Hmong |
| <input type="checkbox"/> | Japonés |
| <input type="checkbox"/> | Coreano |
| <input type="checkbox"/> | Laosiano |
| <input type="checkbox"/> | Sudasiático |
| <input type="checkbox"/> | Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> | Otro asiático |

Hispano o latino

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hispano o latino centroamericano |
| <input type="checkbox"/> | Hispano o latino mexicano |
| <input type="checkbox"/> | Hispano o latino sudamericano |
| <input type="checkbox"/> | Otro hispano o latino |

Negro o afroamericano

| | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> | Africano (negro) |
| <input type="checkbox"/> | Caribeño (negro) |
| <input type="checkbox"/> | Otro negro |

Blanco

| | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Europeo oriental |
| <input type="checkbox"/> | Eslavo |
| <input type="checkbox"/> | Europeo occidental |
| <input type="checkbox"/> | Blanco/Caucásico |
| <input type="checkbox"/> | Otro blanco |

Otras categorías

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Otro: |
| <input type="checkbox"/> | No sabe/Desconocido |
| <input type="checkbox"/> | No contesta/No desea responder |

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

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del programa. _____

¿Este niño se encuentra en un hogar de acogida aprobado por el estado? Sí No

¿Su hijo recibe servicios de educación especial, tiene un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP), trabaja con Intervención Temprana (EI) o Educación Especial para la Primera Infancia (ECSE) para apoyar su desarrollo?

¿Su hijo necesita alguno de los siguientes apoyos especializados (la respuesta no afecta la elegibilidad)? Sí No

| | | | |
|---|---|---|---|
| Conducta | Salud | Salud mental | Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta es "Sí", indique los socios de salud, especialistas en ECSE u otros proveedores que desee que conozcamos:

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Su familia se encuentra actualmente en alguna de las siguientes situaciones de vivienda: vive en un refugio, se aloja en un motel o camping debido a la falta de vivienda adecuada, vive en un coche, parque, edificio abandonado o estación de autobús/tren, comparte vivienda con otras personas debido a la pérdida de la vivienda o a dificultades económicas, o carece de un lugar fijo, regular 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: _____

¿Qué porcentaje de tiempo vive el niño con el padre/madre/tutor?

0% 1 a 25% 26 a 50% 51 a 50% 51 a 74% 75 a 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 otra): _____ 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 LAS SIGUIENTES COMUNICACIONES?

Comunicación escrita: Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Comunicación verbal: Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1

Marque todas las opciones que correspondan:

Empleado a tiempo parcial/completo Estudiante Propietario de negocio Actualmente sin trabajo (desempleado, padre/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: _____

¿Qué porcentaje de tiempo vive el niño con el padre/madre/tutor?

0% 1 a 25% 26 a 50% 51 a 50% 51 a 74% 75 a 99% 100%

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 2

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

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección física (si es otra): _____ 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 LAS SIGUIENTES COMUNICACIONES?

Comunicación escrita: Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Comunicación verbal: Inglés Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 2

Marque todas las opciones que correspondan:

Empleado a tiempo parcial/completo Estudiante Propietario de negocio Actualmente sin trabajo (desempleado, padre/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 proporcionado información veraz y completa, y entiendo que el Departamento de Aprendizaje y Cuidado Temprano de Oregón puede verificar la información de este formulario. Entiendo que realizar declaraciones falsas u omitir información intencionadamente puede dar lugar a sanciones estatales y federales. Entiendo que el PSP es un programa financiado por el estado y que los servicios preescolares prestados en el marco del programa PSP pueden darse de baja si los fondos dejan de estar disponibles.

Entiendo y acepto que la información incluida 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, pueden compartirse con entidades involucradas en la prestación de servicios y apoyos PSP a mi hijo, incluidos, entre otros, proveedores de preescolar, Comités de Inscripción, Centros, Distritos de Servicios Educativos (servicios de Educación Especial de la Primera Infancia), Agencias de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil y el Departamento de Aprendizaje y Cuidado Temprano de Oregón, con el fin de administrar y evaluar el programa PSP.

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

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del centro (Hub): _____

PASO 1: Complete la siguiente información

Nombre del niño: _____

Tamaño de la familia: _____

Ingresos anuales: _____

Nivel de ingresos de la familia:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Igual o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) |
| <input type="checkbox"/> | 101-130% del FPL |
| <input type="checkbox"/> | 131-200% del FPL |
| <input type="checkbox"/> | SNAP, TANF, OHP para adultos, OHP Bridge, OHP CWM ("atención médica de emergencia" o "Medicaid de emergencia") |
| <input type="checkbox"/> | Exención por ingresos superiores GALA (antes conocido como FAR) |

¿Son elegibles los ingresos de la familia? Sí No

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

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Declaraciones de manutención infantil |
| <input type="checkbox"/> | Documentación del niño en acogida |
| <input type="checkbox"/> | Formulario de impuestos 1040 o 1040A |

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

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | OHP para adultos, OHP Bridge, OHP CWM ("atención médica de emergencia" o "Medicaid de emergencia") (con fecha de los últimos 12 meses) |
| <input type="checkbox"/> | SNAP (con fecha de los últimos 12 meses) |
| <input type="checkbox"/> | TANF (con fecha de los últimos 12 meses) |
| <input type="checkbox"/> | ERDC (con verificación de ingresos adicional) |
| <input type="checkbox"/> | WIC (con verificación de ingresos adicional) |
| <input type="checkbox"/> | Recibos de sueldo (los últimos 3 más recientes) |
| <input type="checkbox"/> | Carta de SSI |
| <input type="checkbox"/> | Declaraciones de desempleo |
| <input type="checkbox"/> | W2 |
| <input type="checkbox"/> | Ajuste de vivienda |
| <input type="checkbox"/> | Formulario complementario de ingresos familiares de PSP |
| <input type="checkbox"/> | Otro |

Edad* del niño: _____

*Los niños deben tener al menos tres años, pero no ser aún elegibles para el jardín de infancia en la fecha utilizada para determinar la elegibilidad para el jardín de infancia (el 1 de septiembre para la mayoría de los distritos escolares de Oregon; compruebe la fecha con los distritos escolares locales).

Documentos presentados para verificar la elegibilidad por edad:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Copia del certificado de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> | Copia del historial médico |
| <input type="checkbox"/> | Copia de la documentación del pediatra/médico |
| <input type="checkbox"/> | Copia del historial de vacunación del niño (debe ser de una organización de salud, no escrita a mano) |
| <input type="checkbox"/> | Documentación del seguro médico |
| <input type="checkbox"/> | Carta de colocación en un hogar de acogida |
| <input type="checkbox"/> | Documento legal (p. ej., carta de beneficios) que muestre la fecha de nacimiento del niño |
| <input type="checkbox"/> | Formulario complementario de la fecha de nacimiento del niño del PSP |

¿La edad del niño es elegible? Sí No

¿La familia vive en Oregon? Sí No

Nota: Las familias sin vivienda no están obligadas a presentar documentación sobre su dirección en Oregon.

¿La familia está sin vivienda? Sí No

Documentos presentados para verificar que viven en Oregon:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Factura actual de servicios públicos (electricidad, gas, agua/alcantarillado y residuos) |
| <input type="checkbox"/> | Contrato de alquiler o arrendamiento |
| <input type="checkbox"/> | Tarjeta de identificación o permiso de conducir de Oregon |
| <input type="checkbox"/> | Nómina, formulario fiscal 1040 o W2 |
| <input type="checkbox"/> | Carta de beneficios (carta del OHP, SNAP, Seguridad Social, TANF, etc.) con fecha de los últimos 12 meses |
| <input type="checkbox"/> | Carta de colocación en un hogar de acogida |
| <input type="checkbox"/> | Dirección segura a través del Programa de Confidencialidad de Direcciones |
| <input type="checkbox"/> | Formulario complementario de dirección del PSP |

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

PASO 2: Certificación y firma del personal

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

Elegible para los servicios del PSP

No elegible para los servicios del PSP

Nombre del personal en letra de imprenta

Firma del personal

Fecha

PASO 3: Colocación

El niño es colocado en _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP Nombre del centro Fecha

Sección de información sobre el traslado:

El niño ha sido colocado en _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP/Nombre del centro Ubicación Fecha

El niño ha sido colocado en _____ en _____, _____
Beneficiario del PSP/Nombre del centro Ubicación Fecha