



Early Childhood Programs Application

110 NE 4th St., Hermiston, OR 97838
 (541) 564-6878 or 1(800) 559-5878/State Relay 711

Office Use Only

Program year _____

Program _____

Site _____

Enrollment date _____

Classroom _____

CHILD INFORMATION

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---|---------------|-----|--|
| (LEGAL) First Name | (LEGAL) Last Name | Nickname | Date of Birth | | |
| | | | Month | Day | Year |
| Gender | | Does any child/parent or guardian have a disability or need assistive services? | | | |
| <input type="checkbox"/> Male | <input type="checkbox"/> Female | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

** If a family has more than one child applying for services, please complete a separate copy of this form for each applicant.*

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

| Parent/Guardian Name | Sex | Age | Relation to Child | Employment | Primary Language | Need interpreter? |
|----------------------|-----|-----|-------------------|------------|------------------|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

FAMILY INFORMATION

| | | | | | |
|--|--|---|------|-------|--------|
| Living Address | | ZIP | City | State | County |
| Same as living? | Mailing Address | ZIP | City | State | County |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Phone Number(s) | Type (check one) | Note (for example, an extension or best time to call) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other | | | | |
| Where did you hear about our services? | | | | | |

FAMILY INCOME

To help us determine if your family is eligible for one of our programs, we need to know your gross income either for the past 12 months or as entered on last year's income tax returns. Federal guidelines require that all income be verified at the time of enrollment. To meet this regulation, a staff member will need a copy of written proof (income tax forms, W-2 form, pay stubs, pay envelope, written statement from employer, or documentation of unemployment, cash assistance, SSI, or cash support received) at time of recruitment.

| | | |
|---|--|--|
| Annual Income | TANF Status | SSI |
| Please provide an estimate of your gross annual income from all sources indicated above: \$ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Formerly on TANF | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Certification: *I have read this application form and understand it. I certify that the above information, including financial, is to the best of my knowledge, true and complete. I understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency.*

I give permission for my contact information to be shared with the Umatilla School District for purposes of additional preschool opportunities

I give permission for my contact information to be shared with the Pendleton School District for purposes of additional preschool opportunities.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Umatilla-Morrow County Head Start, Inc. does not discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, or age in admission, treatment, or participation in its programs, services, and activities, or in employment. For further information about this policy, contact: Human Resource/ Section 504 Coordinator, (541) 564-6878, State Relay 711.



Solicitud para Programas de Niñez Temprana
 110 NE 4th St., Hermiston, OR 97838
 (541) 564-6878 o 1(800) 559-5878/Relevo 711 del Estado

| |
|-------------------------------------|
| Sólamete para uso de oficina |
| Program year _____ |
| Program _____ |
| Site _____ |
| Enrollment date _____ |
| Classroom _____ |

| INFORMACIÓN DEL NIÑO | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|---------------------|-----|
| (LEGAL) Primer Nombre | | (LEGAL) Apellido | | Nombre Preferido | Fecha de Nacimiento | |
| | | | | | Mes | Día |
| | | | | | | Año |
| Sexo | | ¿Tiene algún niño, padres o guardián alguna discapacidad o necesita servicios de asistencia? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

** Si la familia tiene más de un niño solicitando servicios, favor de completar una copia de este formulario por separado para cada solicitante.*

| INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN | | | | | | |
|--------------------------------|------|------|------------------------|--------|--------------------|---|
| Nombre de Padres/Guardián | Sexo | Edad | Parentesco con el Niño | Empleo | Lenguaje Principal | ¿Necesita Intérprete? |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| INFORMACIÓN DE LA FAMILIA | | | | | | |
|---|--|---------------|---|--------|---------|---------|
| Domicilio de Residencia | | | Código Postal | Ciudad | Estado | Condado |
| | | | | | | |
| ¿El mismo de Residencia? | Domicilio Postal | Código Postal | Ciudad | Estado | Condado | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Número(s) de Teléfono | Tipo (Marque uno) | | Nota (por ejemplo, extensión o mejor horario para llamarle) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| ¿Dónde se enteró de nuestros servicios? | | | | | | |

| INGRESOS DE LA FAMILIA | | |
|--|--|---|
| Para ayudarnos a determinar si su familia es elegible para uno de nuestros programas, necesitamos saber la cantidad de ingreso bruto, ya sea por los pasados 12 meses o el total de su reporte de impuestos del año pasado. Las Reglas Federales requieren que todos los ingresos sean verificados al tiempo de la matrícula. Para cumplir con esta regulación, al tiempo de reclutamiento un miembro del personal va a necesitar una copia por escrito como prueba (formularios de impuestos, formulario W-2, talones de pago, sobre de pago, declaración escrita de la empresa de empleo, o documentación de desempleo, ayuda financiera, SSI, o ayuda de sostenimiento que recibe). | | |
| Cantidad Anual | Estatus de TANF | SSI |
| Favor de proveer una estimación del ingreso bruto anual, de todos los recursos según indica arriba: \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Certificación: Yo he leído esta solicitud y la entiendo. Yo certifico que la información de arriba, incluyendo la parte financiera, según mi conocimiento, es verdadera y completa. Yo entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencia dentro de la agencia.

Yo doy mi autorización para que mi información de contacto sea compartida con el Distrito Escolar de Umatilla para el propósito de oportunidades preescolares adicionales.

Yo doy mi autorización para que mi información de contacto sea compartida con el Distrito Escolar de Pendleton para el propósito de oportunidades preescolares adicionales.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ **Fecha** _____

Umatilla-Morrow County Head Start, Inc. no discrimina contra ninguna persona de origen de raza, color, origen nacional, discapacidad, o edad al tiempo de admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios y actividades, o en empleo. Para más información sobre esta política, comuníquese con: Coordinador de Recursos Humanos/Sección 504, (541) 564-6878, Relevo 711 del Estado.