



MALHEUR COUNTY CHILD DEVELOPMENT CENTER
OREGON PRE-KINDERGARTEN PROGRAM

790 SW 7TH PLACE, ONTARIO, OR 97914
PHONE: (541) 889-2393 | FAX: (541) 889-7137 | www.mccdc.org



APLICACION DE ELIGIBILIDAD

Esta aplicacion se usara para determinar la elegibilidad de su nino en Head Start. Deben travesarse las aplicaciones completadas en persona a uno de los centros de MCCDC o ha nuestra Oficina Central, junto con la comprobacion de la fecha del Nacimiento de su nino, registro de la inmunizacion y prueba de ingresos de la casa para los ultimos 12 meses o el ultimo ano fiscal. Por favor, avisar a nuestra Oficina Central si usted tiene cualquier pregunta.

Nombre de Padre/Guardian _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Nino _____ Fecha de Nacimiento _____

Informacion General

Direccion de vivienda: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo del Sibido: _____ Condado: _____

Direccion de correo (Si Diferente): Ciudad: _____ Estado: _____Codigo de Sibido: _____

Numero de telefono(s): (Cheque el numero primario)
[] Celular / Mobile #: _____ [] Trabajo #: _____
[] Hogar #: _____ [] Otro #: _____

Cuantos viven En la casa ____ Numero en la familia ____ Total Numero de Ninos ____ Numero de edades 0-3 ____ Numero de edades 4-5 ____

Estado paternal (En Casa): [] Uno [] Dos El lenguaje primario en el Hogar: _____

Preferencia de Centro
[] Vale @ Basido en Hogar; Ages 0-3 [] Ontario @ Basido de Hogar; Ages 0-3
[] Vale @ Escuela; Ages 3-5 [] Ontario @ Escuela; Ages 3-5
[] Vale @ Escuela; Ages 0-3 [] Ontario @ Escuela; Ages 0-3

Informacion Familiar

Recibe TANF (i.e. donacion efectovp, Ayuda para guarderia, etc.) [] Si [] No
Si tiene por favor proporcione la documentacion.
WIC ID: _____
Miembro Familiar en casa recibe SSI: [] Si [] No
Si si, Nombre de persona recibiendo SSI (Si) (No)
Relacion al nino: _____

Recibe usted beneficios de SNAP? [] Si [] No

Tiene usted cualquier necesidad especifica o crisis? (Por favor cheque todos que aplican)
[] Sin Vivienda [] Otro crisis de albergue (tal como no agua caliente o severamente apino) [] Violencia Domestica [] Abuso de Nino [] N/A

Esta usted trabajando actualmente con cualquier agencia de la comunidad? [] Si [] No Si, si , cheque todo que aplica:
[] Lifeways [] DHS [] The Family Place [] ESD [] Distrito Escolar [] OHDC [] Child Welfare [] Otro _____

Tiene su nino un doctor actualmente? [] Si [] No Si, si , liste: _____

Doctor _____ Numero de telefono _____

Tiene su nino un dentista actualmente? [] Si [] No Si,si, liste: _____

Dentista _____ Numero de telefono _____

Adulto Primario

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Nombre Preferido _____
Sufijo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: [] H / [] M Relacion al Nino (a): _____

[] Vive con la familia [] Proporciona apoyo financiero
[] Padre Joven [] Padre de primera vez
Domicilio de correo electornico: _____
Empleo:
[] Tiempo Lleno [] Tiempo Parte
[] Tiempo lleno y entrenamiento [] Tiempo Parte y entrenamiento
[] Entrenamiento o escuela [] Estacionament empleado
[] Retirado o Disabilitado [] Desempleado

Secondary Adult

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Nombre Preferido _____
Sufijo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: [] H / [] M Relacion al Nino (a): _____

[] Vive con la familia [] Proporciona apoyo financiero
[] Padre Joven [] Padre de primera vez
Domicilio de correo electornico: _____
Empleo:
[] Tiempo Lleno [] Tiempo Parte
[] Tiempo lleno y entrenamiento [] Tiempo Parte y entrenamiento
[] Entrenamiento o escuela [] Estacionament empleado
[] Retirado o Disabilitado [] Desempleado



MALHEUR COUNTY CHILD DEVELOPMENT CENTER
 OREGON PRE-KINDERGARTEN PROGRAM
 790 SW 7TH PLACE, ONTARIO, OR 97914
 PHONE: (541) 889-2393 | FAX: (541) 889-7137 | www.mccdc.org
APLICACION DE ELIGIBILIDAD



Nino							
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre preferido:	Sufijo	fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> M	
SSN:	Elijible para Medicaid: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Medicaid #:				
Cobertura de Salud Primaria:							
Otra Cobertura de Salud				Asegurancia #:			
Esta su Nino asistiendo actualmente a OCDC, WICAP, Preschool Promise, o cualquier otro Programa de Head Start? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Fue su nino referido al programa por una agencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si si, Verifique todos que aplican: <input type="checkbox"/> Lifeways <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> The Family Place <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> OHDC <input type="checkbox"/> Child Welfare <input type="checkbox"/> Otro _____							
Tiene su nino cualquier diagnostic de invalidales ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si,si verifiquen todos que aplican: <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Oyendo <input type="checkbox"/> Fisical <input type="checkbox"/> Otro _____							
Explicacion:							
Fecha del Diagnostico:				Fuente (chequar uno): <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> SOR <input type="checkbox"/> Elks			
Mama's embarazada, por favor, llene por el bebe que espera							
Fecha de Nacimiento del nino							

Certificacion:

Yo / Nosotros hemos cuidadosamente revisado la informacion y con firmando esta aplicacion, certificamos que al mejor de nuestro conocimiento y creencia que toda la informacion en esta aplicacion es verdadera y correcta.

Yo / Nosotros ademas entendemos que esta aplicacion para servicios son pagados con fondos federales y estatales y que intencionalmente porporcionando informacion enexacta, enganosa o una informacion falsa de un material puede resultar en la terminacion de matriculacion de mi nino en Head Start.

Personal Nombre Imprimido: _____

Firma de Personal: _____

Fecha: _____

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

<i>For staff use only:</i>	
<input type="checkbox"/> In person interview	<input type="checkbox"/> Telephone interview