

Solicitud de Interes LCC Head Start/EHS/ECEAP

Gracias por su interés. Por favor, complete esta solicitud. Un miembro del Equipo de Inscripción se comunicará con usted por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto para confirmar que la hemos recibido. Toda la información es confidencial.

1. ELIJA TODOS LOS PROGRAMAS en los que esté interesado. *(el interés no garantiza la inscripción)*

Embarazo hasta los 3 años de edad:

- ☐ **Early Head Start en el Hogar:** Visitas semanales en su hogar. (Embarazo a 3 años).
- ☐ **EHS Teen Parent Program:** Para padres de 21 años o menos que estén terminando la escuela. Horario de 7:30 a. m. a 4:00 p. m., todo el año. Las vacaciones de invierno y primavera coinciden con el calendario del Distrito Escolar en nuestro Centro LCC. (Debe recibir el subsidio de Cuidado Infantil para Padres Trabajadores – WCCC).

De 3 años de edad hasta el ingreso al kínder:

- ☐ **Head Start/ECEAP Medio día:** 3.5 horas al día (mañana o tarde). septiembre–junio.
- ☐ **Head Start/ECEAP Día Escolar:** 6 horas al día. septiembre–junio.
- ☐ **Working Day:** 7:30 a.m. a 5:30 p. m., todo el año. Las vacaciones de invierno y primavera coinciden con el calendario del Distrito Escolar local. Múltiples ubicaciones. (Debe recibir el subsidio de Cuidado Infantil para Padres Trabajadores – WCCC).

Las familias que reciben el subsidio de cuidado infantil WCCC pueden elegir entre todos los programas. Por favor, infórmenos si está recibiendo el subsidio o llame al 844-626-8687 para solicitarlo.

2. INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre completo del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Otro niño solicitando inscripción (nombre/fecha de nacimiento): _____

Embarazo - fecha probable de parto: _____ **Idioma en el hogar:** _____

Domicilio: _____

Raza (Marque todas las que correspondan): ☐ Negro ☐ Nativo de Alaska ☐ Indígena

Americano ☐ Asiático ☐ Hispano ☐ Isleño del Pacífico/Hawaiano ☐ Blanco ☐ Otro: _____

¿Tiene su hijo un IEP o IFSP? ☒ Si ☐ No

Áreas de necesidad: ☐ Lenguaje ☐ Motora ☐ Visión/Audición ☐ Autismo ☐ Otra: _____

Otra preocupación/información que desee compartir sobre su hijo: _____

3. INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Relación parental: ☐ Biológico ☐ Cuidado Temporal ☐ Cuidado Familiar ☐ Tutores legales

Nombre del padre/tutor principal/Fecha de nacimiento: _____

Relación con el niño: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____ **¿Manera de contactarlo?** ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Email

Nombre del otro padre/tutor/ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el niño: _____ **Teléfono:** _____

4. FAMILIA E INGRESOS

Esta información nos ayuda a determinar para qué programas califica su familia. Toda la información es confidencial.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ *(Inclúyase a usted y a cualquier persona que viva con usted que esté relacionada por sangre, matrimonio o que esté legalmente autorizada (familia temporal).)*

Ingreso “bruto” total del hogar: \$ _____ **¿Con qué frecuencia?** ☐ Semanal

☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual

Nota: "Bruto" es la cantidad que gana antes de que se descuenten los impuestos.

(Created 3/2026)

Solicitud de Interes LCC Head Start/EHS/ECEAP

¿Recibe alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan):

- ☐ **SNAP** (Estampillas de comida) Cuenta # _____
- ☐ **TANF** (Dinero en efectivo) Cuenta # _____
- ☐ **WIC** ☐ **SSI** (Ingreso de Seguridad Suplementaria)
- ☐ **HUD** (Housing/Section 8) ☐ **WCCC** (Working Connections Child Care subsidy)

5. SU SITUACIÓN DE VIVIENDA

Entender su situación de vivienda actual nos ayuda a priorizar su solicitud y ofrecer apoyo adicional.

¿Dónde se encuentran usted y su hijo en este momento? (Marque una opción):

- ☐ **Vivienda permanente:** Alquilamos o somos propietarios de nuestra vivienda
- ☐ **Viviendo con otras personas:** Estamos “compartiendo vivienda” porque no podemos costearnos una vivienda propia.
- ☐ **Refugio temporal:** Refugio de emergencia o vivienda transitoria.
- ☐ **Sin vivienda:** Viviendo en un automóvil, parque o lugar sin agua, calefacción ni electricidad.
- ☐ **Hotel/Motel:** Nos estamos quedando en un hotel o motel.
- ☐ **Mudanzas frecuentes:** Estamos “durmiendo en sofás” o mudándonos de un lugar a otro.

6. CONTACTOS DE EMERGENCIA (Nombre 2 personas a las que podamos llamar si no podemos comunicarnos con usted)

Nombre: _____ Relación: _____ Tel. _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Tel. _____

7. REFERENCIAS Y ACTUALIZACIONES**¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque una opción):**

- ☐ Sitio web ☐ Redes sociales ☐ Amigo/Familiar ☐ Correo ☐ Evento comunitario
☐ Negocio: _____ ☐ Empleado: _____

Referido a nuestro programa por: _____

8. FIRMA

“Prometo que toda la información es veraz y entiendo que podría ser retirado del programa si proporciono información falsa. La agencia mantendrá mi información confidencial, pero puedo solicitar ver mis registros mediante una solicitud por escrito.”

Nombre escrito: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Un miembro del personal de inscripción se comunicará con usted si se necesita información adicional.

Declaración de no discriminación de LCC: Lower Columbia College ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo ni ningún otro estatus protegido.

