

2025-2027

Solicitud de Preschool Promise (Promesa Preescolar)

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

☐	Indígena americano
☐	Nativo de Alaska
☐	Inuit, métis o de las primeras naciones de Canadá
☐	Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

☐	Guameño o chamorro
☐	Micronesio
☐	Nativo hawaiano
☐	Samoano
☐	Tongano
☐	Otro isleño del Pacífico

Oriente Medio/África del Norte

☐	Norteafricano
☐	De Oriente Medio

Asiático

☐	Indio asiático
☐	Chino
☐	Filipino
☐	Hmong
☐	Japonés
☐	Coreano
☐	Laosiano
☐	Sudasiático
☐	Vietnamita
☐	Otro asiático

Hispano o latino

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

Negro o afroamericano

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

Blanco

☐	Europeo oriental
☐	Eslavo
☐	Europeo occidental
☐	Blanco/Caucásico
☐	Otro blanco

Otras categorías

☐	Otro:
☐	No sabe/Desconocido
☐	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
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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:

	Igual o inferior al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
	101-130% del FPL
	131-200% del FPL
	SNAP, TANF, OHP para adultos, OHP Bridge, OHP CWM ("atención médica de emergencia" o "Medicaid de emergencia")
	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)

	Declaraciones de manutención infantil
	Documentación del niño en acogida
	Formulario de impuestos 1040 o 1040A

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

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

	Copia del certificado de nacimiento
	Copia del historial médico
	Copia de la documentación del pediatra/médico
	Copia del historial de vacunación del niño (debe ser de una organización de salud, no escrita a mano)
	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 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:

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

Promesa Preescolar

Formulario complementario de niño adicional

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
☐	Hispano 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), trabaja con Intervención Temprana (EI) o Educación Especial en la Edad Temprana (ECSE) para apoyar 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? _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Certifico que la información proporcionada es verdadera. Se requiere la firma del padre/madre/tutor legal y la fecha.

Nombre completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Promesa Preescolar

Formulario complementario de domicilio

Declaración de los padres de domicilio

Nombre del niño: _____

No puedo presentar documentación sobre el domicilio de mi familia. Declaro que vivo en Oregón en el siguiente domicilio:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Certifico que la información proporcionada es verdadera. Se requiere la firma del padre/madre/tutor legal y la fecha.

Nombre completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____



Promesa Preescolar

Formulario complementario de fecha de nacimiento del niño

Declaración de los padres de la fecha de nacimiento del niño

Nombre del niño: _____

No puedo presentar documentación sobre la fecha de nacimiento de mi hijo. Declaro que la fecha de nacimiento de mi hijo es:

Fecha de Nacimiento de mi hijo (MM/DD/AAAA): _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Certifico que la información proporcionada es verdadera. Se requiere la firma del padre/madre/tutor legal y la fecha.

Nombre completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Promesa Preescolar

Formulario complementario de ingresos de la familia

Declaración de ingresos de la familia

Nombre del niño: _____

No puedo presentar documentación sobre los ingresos de mi familia a través de _____
Mes Año Mes Año

Razón por la cual no puedo presentar documentación sobre mis ingresos:

	No tengo ingresos para declarar
	Mis ingresos han cambiado recientemente Describa:
	Otro

Indique las fuentes de ingresos de todos los miembros de la familia durante el periodo indicado:

Nombre del padre/madre/tutor	Fuente(s) de ingresos	Cantidad de ingresos
Cantidad total de ingresos:		

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Certifico que la información proporcionada es verdadera. Se requiere la firma del padre/madre/tutor legal y la fecha.

Nombre completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____