



UCAN HEAD START Aplicación de Head Start para el año escolar 2010/2011

511 W. Umpqua Roseburg, OR 97471 (541) 673-6306 / 800-320-6306 / FAX: (541) 492-1663

UCAN Head Start provee, educación preescolar, servicios sociales y comidas nutritivas a niños de 3 y 4 años que pertenecen a familias de bajos ingresos, como también servicios sociales y apoyo a sus familias sin ningún costo. (Para ser considerado entrar al año escolar listado arriba, su niño/a tiene que haber cumplido 3 para el primero de Septiembre, 2010.)

Por favor llene este formulario completamente y con exactitud. Toda su información se mantendrá en confidencia y se usará solamente para ayudarnos a determinar si su familia es elegible para los servicios de Head Start y para poder dar prioridad a su aplicación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta aplicación o necesita ayuda llenándola por favor llámenos ¡Le ayudaremos con mucho gusto!

Nombre del niño: _____
(Nombre) (Inicial del 2º nombre) Apellido

De Seguro Social _____ - _____ - _____ (si tiene) Distrito Escolar de su Residencia Hombre Mujer

Fecha de Nac.: ____/____/____ (Por favor incluya verificación: acta de nacimiento, documentación del hospital, o documento de la corte)

Información de Seguro Medico: OHP # _____ Nombre de otro Seguro de Salud: _____ # _____
 No Seguro Médico - para recibir una aplicación de OHP llame: 800-359-9517 o al 800-621-5260 (TTY) si tiene problema de audición.

Etnicidad: No -Hispano/No-Latino Hispano o Latino (Mexicano) hispano o Latino (otro país) _____

Raza: Blanca Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Bi racial/multirracial Negra o Africano Americano
 Hawaiano Nativo o de otras Islas del Pacifico otra _____

Idioma primordial Inglés Español Otro _____ Segundo Idioma Español Otro _____

¿Tiene el niño/ niña una doble custodia? Si No Escriba cualquier problema de custodia u otras situaciones de seguridad para que podamos estar prevenidos: _____

Padre/madre o guardián (encargado) legal (Los padres adoptivos y los padres con niños bajo la jurisdicción del estado, llenar abajo la información del trabajador/a social y hacer que el o ella firme la aplicación.)

1) Nombre: _____ No de Seguro Social: _____
(1º. Nombre) Inicial del 2º. (Apellido)

Parentesco con el niño/niña _____ (madre, padre, etc.) Estado Civil: _____ Fecha de Nac. ____/____/____

Nivel de Educación: Preparatoria (high school) GED Grado más alto completado (Kínder al 12) _____
 Universidad - Tipo de Diploma o años asistidos: _____

Situación de ocupación: Tiempo completo Medio tiempo Temporal Desempleado Retirado
 Escuela/Entrenamiento Otro _____

Situación de Entrenamiento: No Entrenamiento Escuela Entrenamiento Trabajo/Entreno

Idioma Primordial Inglés Español Otro _____ Segundo Idioma Español Otro _____

¿Necesita un intérprete? Si / no

Domicilio: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Dirección de Correo (Si es diferente del domicilio) _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Hogar /Celular Trabajo Celular/Mensaje

Otro padre/madre o guardián legal continúa

2) Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____ (madre, padre, etc.)
(1°. Nombre) Inicial del 2°. (Apellido)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ No. de Seguro Social ____-____-____ Estado Civil: _____

Nivel de Educación: Preparatoria (high school) GED Grado más alto completado (Kínder al 12) _____
 Universidad - Tipo de Diploma o años asistidos: _____

Situación de ocupación o empleo: Tiempo completo Medio tiempo Temporal Desempleado Retirado
 Escuela/Entrenamiento Otro _____

Situación de Entrenamiento: No Entrenamiento Escuela Entrenamiento Trabajo/Entreno

Idioma Primordial Inglés Español Otro _____ Segundo Idioma Español Otro _____

¿Necesita un intérprete? Si / no

Domicilio _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Dirección Postal (Si es diferente a su domicilio) _____
Dirección (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: (____)-____-____ (____)-____-____ (____)-____-____
Hogar/Celular Trabajo Celular/Mensaje

Si usted es un Padre de Crianza o padre bajo la jurisdicción de la corte y (con el niño) puesto bajo custodia legal del departamento de servicios humanos (DHS): Usted necesitará tener la aplicación firmada por la trabajadora social.

Nombre de Trabajador Social: _____
(Primer) (Inicial) (Apellido) (Teléfono) (Correo electrónico 1)

Yo estoy empleada o soy un pariente de un empleado de UCAN Head Start. Si no

Contestó sí – Nombre del empleado _____

¿Cómo y Donde se informo acerca de Head Start? _____

Si usted ha sido referido por una agencia comunitaria por favor obtenga una referencia por escrito de esa agencia que lo refirió.

¿Necesita su niño/niña transporte hacia la escuela? Si No ¿Necesita su niño/niña transporte hacia la casa? Si No

Si contesto que Si por favor explique _____

Por favor marque solamente "Si" si es que usted absolutamente no puede transportar a su niño/niña para ir y venir de la escuela Head Start hace cualquier esfuerzo para proveer transportación a muchos niños como les sea posible. Algunas familias pueden que vivan fuera del área de la ruta del autobús o viven en las aéreas de los salones que han sido designados para transportación propia el cual las familias tienen que transportar a sus hijos para ir y regresar de la escuela.

Dirección alterna para transportación y asignación del centro (ej. Dirección de la niñera, la casa del otro padre, etc.)

Advertencia: si usted escribe en la sección de abajo una dirección alterna, nosotros colocaremos a su niño/niña en lista del salón que sirve esa área.

Nombre (Niñera o cuidador / otro padre etc.) (Dirección) (Ciudad) (Código postal) # De Teléfono

Día y Hora en que el niño/niña está en la dirección alterna (Ej. Lunes-Jueves 10am-2pm) _____

Tamaño de la familia

Por favor incluya todas las personas que viven en su hogar, si necesita más espacio use otra hoja de papel.
(Familias de crianza, solamente pongan el niño por el cual están llenando la solicitud)

Nombre (1° nombre, Inicial del 2°, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño	** Ver la pregunta de abajo
1) _____	____/____/____	Niño por el que está aplicando	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
2) _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
3) _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
4) _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No
5) _____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No

** ¿Es esta persona mantenida por los ingresos del padre/madre o guardián legal del niño/niña que está aplicando al programa y tiene un parentesco con los padres o guardianes legales mediante las relaciones sanguíneas, matrimonio, o adopción?

Ingresos de la Familia

(Adjuntar copias de verificación de ingresos)

La documentación que usted envíe debe de representar el total de ingresos de todos los miembros de la familia mencionados arriba por los últimos 12 meses o por todo el año anterior o pasado, **el cual refleje con más exactitud la situación económica actual de la familia.** Forma W-2, Formulario de los impuestos, Talones de cheques, Desempleo, Manutención de niños (Child support), Beneficios del Seguro Social por Discapacidad o Muerte, Ingresos del seguro social (SSI), Carta de beneficios (becas) para estudiar, Empleo por su propia cuenta, Declaración verificada de falta de hogar, Declaración por escrito de su empleador verificando sus ingresos o impreso de ingresos mensuales, TANF (ayuda temporal a familias necesitadas), ERDC (Cuidado de niños relacionados con empleo)

Yo no he tenido ingresos por los últimos 12 meses o de _____ a _____ Mis necesidades básicas tales como vivienda, utilidades, etc., fueron cubiertas de la siguiente manera: _____

¿Está su familia actualmente recibiendo ayuda de alguna de los siguientes servicios?

- Estampillas de comida TANF (ayuda temporal a familias necesitadas) WIC Asistencia de Vivienda Publica
 Ayuda para pagar luz/gas ERDC (Ayuda para pagar el cuidado de niños) otra asistencia: _____

Para recibir ayuda obteniendo estampillas de comida por favor llamar al 1-800-723-3638.

Para información si usted es elegible para las estampillas, OHP o cualquier otra ayuda ir a www.oregonhelps.org

Marque una o ambas si es aplicable:

- La siguiente descripción se ha referido a mi hijo y/o la situación de la familia algunas veces durante los 2 años pasados
 La siguiente descripción representa a mi hijo y/o la situación presente de la familia.

McKinney-Vento Act

Un niño o la familia que carece de un hogar fijo y adecuado, o una residencia regular adecuada por las noches.

Esto incluye las familias que:

- 1.) Están compartiendo hogares con otras personas debido a que han perdido sus hogares por la dura situación económica o por causa similar.
- 2.) Están viviendo en moteles, hoteles, parques con casa móviles (traílas), o terrenos de campamento a causa de la falta de acomodaciones adecuadas.
- 3.) Están viviendo en albergues de emergencia o transicionales.
- 4.) Han sido abandonados en hospitales.
- 5.) Están esperando para ser colocados en un hogar de crianza.
- 6.) Tienen como residencia principal por las noches un lugar público o privado que no está designado ordinariamente para ser usado como una acomodación regular para que duerman seres humanos.
- 7.) Están viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, casas en condiciones inferiores, estaciones de autobuses o trenes, o situaciones similares.
- 8.) Son niños y jóvenes de trabajadores del campo que se mudan constantemente que están viviendo en circunstancias descritas arriba.
(*Una **residencia fija** es una que es estacionaria, permanente, y que no está sujeta a cambios. *Una **residencia regular** es una que es usada diariamente por las noches *Una **residencia adecuada** es una que es suficiente para obtener las necesidades físicas y psicológicas que son típicamente encontradas en un ambiente hogareño.)

Si usted es un padre de crianza u otro guardián legal contestando las preguntas en esta página por favor conteste las preguntas concerniente a la familia en el cual el niño/niña es originario. Usted podría necesitar que el trabajador/a social conteste estas preguntas.

Tiene usted preocupaciones de su niño/a en alguna de estas áreas:

Habla Desarrollo Comportamiento Salud Mental
Si marcó una de estas, es su niño/niña elegible o recibe servicios de IFSP?(Plan de Servicio Individual de las familias Si No

Niño diagnosticado con problemas médicos o biológicos tales como: ADHD/ADD (hiperactividad), Asma (necesita medicamento), Diabetes, Perjudicado de la vista/oído, Problemas del corazón, sufre de convulsiones (necesita medicina), Daño cerebral traumático, u otra condición crónica.

(Documentación de la diagnosis de un doctor es requerida con la aplicación si es aplicable.)

Otra agencia ha referido a su niño/niña a Head Start **(Un carta de referencia es requerida con la aplicación si es aplicable)**

¿Ha tenido su hijo/hija un examen físico completo en este último año? (sin contar visitas al doctor porque estaba enfermo)

Si / No

Si lo tuvo, Fecha del examen ____/____/____ Si contesto no, por favor llámelo y haga una cita inmediatamente.

Fecha de la cita programada ____/____/____

Nombre del Doctor _____

Esta su niño/niña al día con las vacunas requeridas por el estado antes de entrar al preescolar Si / No -Contestó no por favor llame y haga una cita inmediatamente para ponerse al corriente.

Favor de proveer una copia del record de vacunas de su hijo/a con esta aplicación. Una vez que el record de vacunas de su niño/a estén al día, por favor envíenos una copia del corriente record.

Es la expectativa de Head Start que su hijo/hija este al día en su examen físico anual y las vacunas antes de su matrícula.

¿Ha tenido su hijo/hija un examen dental este último año?

Si / No

Si lo tuvo, Fecha del examen ____/____/____ Si no, por favor Llame al dentista para programar una cita inmediatamente.

Fecha de la cita dental ____/____/____

Nombre del Dentista _____

Es la expectativa de Head Start que su hijo/hija este al día en su examen dental anual antes de su matriculación.

El idioma primordial del niño/a no es inglés y tiene un nivel bajo en su capacidad de hablar inglés.

Si marcó esta casilla, está su niño/a en el programa de IFSP para lenguaje o habla Si / No

El niño/niña está a cargo de padres adoptivos

Usted es el padre/madre o guardián legal del niño/niña que ha aplicado que está bajo la jurisdicción de la corte y en custodia legal del departamento de servicios humanos (DHS).

No es un niño de crianza, (Foster child) pero **no** está viviendo con su padres biológicos o adoptivos.

La familia tiene un plan de Intervención de los Servicios de Protección de DHS.

Trabajadora social _____

Solamente un adulto vive en el hogar

Un miembro de la familia ha sido diagnosticado y/o está en tratamiento por problemas crónicos mentales o de salud (aparte del niño por el que está llenando esta aplicación)

Nombre _____

Por favor describa _____

El padre/madre en el hogar no han recibido diploma de secundaria(preparatoria) o GED (diploma de educación general)

Padre/madre ausente debido al Servicio Militar

Abuso o negligencia de niños dentro de los últimos 2 años

Fallecimiento en la familia dentro de los últimos 2 años

Divorcio/Separación dentro de los últimos 2 años

Abuso de alcohol o drogas dentro de los últimos 2 años

Violencia domestica dentro de los últimos 2 años

Encarcelación de uno de los padres en los últimos 2 años

Habilidad en hablar, leer o escribir inglés de los miembros adultos de la familia. Baja Mediana Alta

Usted tenía 18 años o menos cuando nació este niño o niña.

La persona encargada del hogar fue desempleada debido a recortes o cierre de la compañía durante el año pasado.

Mi familia no tiene acceso a una fuente de transportación confiable o segura

Mi familia no tiene acceso para una niñera o cuidado de niños fiable, de calidad y de bajo costo.

Circunstancias especiales – Nosotros entendemos que algunas veces existen circunstancias que pueden impactar dramáticamente su familia y a su niño que usted piensa que debemos considerar cuando hacemos la selección de los niños para el programa. Si existe alguna circunstancia que le gustaría que sea considerada que no está enumerada en esta aplicación , por favor provea una explicación detallada de esta circunstancia especial:

Record de salud del niño/niña

Durante el año pasado ha tenido su niño/a cualquiera de las siguientes condiciones (por favor marque todas las que aplican):

- Alergias Diabetes Niveles altos de plomo Asma Tubos en oídos Condiciones del corazón
Convulsiones Otra _____

Por favor haga un comentario de las condiciones que chequeó _____

Esta el niño/niña recibiendo tratamiento en cualquiera de las siguientes (por favor marque todas las que aplican):

- Anemia Asma sobrepeso Dificultades para escuchar Problemas de la visión Niveles altos de plomo
Diabetes Otros _____

Esta el niño/niña tomando medicamentos al presente Si/ No

Si está tomando medicinas por favor escriba: Nombre de la medicina: _____ Dosis _____

¿Con qué frecuencia y cuando? _____ Nombre de la medicina _____

Dosis _____ ¿Conque frecuencia y cuando ? _____

Ha sido el niño/niña diagnosticado con problemas de salud por un doctor o profesional al cuidado de la salud. Si/ No

Si contesto que sí, por favor explique, escriba el nombre/dirección del doctor o especialista: _____

Ha tenido alguna vez el niño/a una cirugía Si/ No Dijo si, por favor explique _____

Ha tenido alguna vez el niño/niña una convulsión Si / No dijo si, por favor explique qué tan seguido, la cause (si la sabe) y _____

Fecha de la ultima convulsión ____/____/____

Ha sido alguna vez el niño/niña diagnosticado con asma Si / No

Contesto si, por favor explique qué tan seguido, la cause (si la sabe), y la fecha del último ataque de asma _____

Ha sido el niño o niña hospitalizado con asma Si / No Cuando _____ Cuidado Intensivo (ICU/PICU) _____

Ha tenido alguna vez su niño/niña una reacción alérgica Si / No Contesto si, por favor explique a que _____

Por favor explique la reacción _____

Ha tenido alguna vez el niño/niña problemas con las siguientes condiciones (por favor marque todas las que aplican):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos bien seguidas | <input type="checkbox"/> Fiebres frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas para escuchar | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir con frecuencia | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta a menudo |
| <input type="checkbox"/> Toses frecuentes | <input type="checkbox"/> Resfriados con frecuencia | <input type="checkbox"/> Problemas para comer |
| <input type="checkbox"/> Problemas para ver | <input type="checkbox"/> Problemas del lenguaje | <input type="checkbox"/> Mojar la cama con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de estomago | <input type="checkbox"/> Problemas con los dientes | <input type="checkbox"/> Problemas en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Berrinches o Rabietas | <input type="checkbox"/> Problemas para orinar | <input type="checkbox"/> Otros problemas _____ |

¿Ha estado el niño/niña alguna vez involucrado en un incidente o caso de abuso de menores o negligencia? Si / No

Contestó si, por favor explique _____

¿Tiene su niño/niña cualquier otra condición adicional que interfiere con sus actividades diarias? Si / No

Contestó si, por favor explique _____

Asesoramiento/Encuesta sobre la Nutrición

- ¿Esta su niño/niña tomando suplementos de vitaminas al presente? Si / No Contesto que sí, ¿es hierro fortificado? Si / No
Dijo que si, ¿es esta una prescripción? Si / No Nombre _____
Nausea o vomito persistente al momento Yes/ No
Diarrea persistente al momento Si / No
Constipación persistente al momento Si / No
Cambios dramáticos del peso en el año pasado Si / No
Cirugía reciente (dentro de 3 meses) Si / No – Tipo de cirugía _____
Hospitalización reciente (dentro 3 meses) Si / No – Razón por que la tuvo _____
Esta su niño/niña en una dieta especial Si No – que tipo de dieta _____
Tiene su niño/niña alguna intolerancia o alergias a comidas Si / No – Contesto si, ¿a qué alimentos? _____
¿Tiene usted cualquier otra preocupación sobre la nutrición? Yes/ No –Contesto si, ¿cuál es? _____
¿Esta su niño/niña participando en cualquier programa de nutrición? Si / No - Marque todos lo que aplican WIC
Estampillas de comida Otro _____
Tiene su niño/niña problemas para tragar Si / No
Usa su niño o niña una cuchara o tenedor Si / No
Usa su niño/niña un tubo de alimentación u otro método especial de alimentación Si / No
Piensa usted que su niño o niña es demasiado Delgado Pequeño Pesado Alto
Su niño/niña todavía usa botella o biberón Si / No
Come su niño/niña o mastica cualquier cosa que no sea comida Si / No

Asesoramiento de los Servicios de la Familia

- ¿Recibe usted cuidado de niños subvencionados con fondos públicos mediante una agencia? Si / No
¿Recibe usted cuidado de niños en un centro privado para cuidado de niños o en una casa? Si / No
¿Recibe usted cuidado de niños en casa de un pariente o un adulto no relacionado en las horas que no son de Head Start? Si / No
¿Necesita cuidado de niños a medio tiempo? Si / No
¿Necesita cuidado de niños a tiempo completo? (todo el día) Si/ No
¿Tiene otros arreglos para cuidado de niños? Si / No _____

Permisos

Por favor marque todas las cosas indicadas abajo en las que usted nos concede permiso para hacerle evaluaciones a su hijo/hija,

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Publicar las fotografías de su niño/niña | <input type="checkbox"/> Poner su nombre en el Directorio de la clase |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Atender a paseos escolares |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Medir su peso y altura |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del oído | <input type="checkbox"/> Evaluación del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Publicidad | <input type="checkbox"/> Primeros auxilios |
| <input type="checkbox"/> Aplicación de bloqueador solar | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de la visión | |

Información de personas para contactar en una emergencia

Por favor escriba abajo todas las personas además de los adultos enumeradas en la primera página de la aplicación que están permitidos en recoger a su niño/niña después de la escuela y que contactaremos en caso de una emergencia y que podamos entregar a su hijo/hija si es que no podemos contactarlo a usted. Para la seguridad de su niño/niña las personas de la lista de abajo tienen que poder demostrarnos una identificación cuando recojan a su niño/niña. Por favor use el nombre legal que tienen en su identificación las personas enumeradas en esta lista.

1) **Nombre Legal:** _____
(1º nombre) (Inicial del 2º) (Apellido)

Casa _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
 Casa/ Celular Trabajo celular / Mensaje

2) **Nombre Legal:** _____
(1º Nombre) (Inicial del 2º) (Apellido)

Home _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
 Casa/ Celular Trabajo Cel. / Mensaje

Continúa la Información de Contactos de Emergencia

3) **Nombre Legal:** _____
(Primer nombre) (Inicial del 2º) (Apellido)

Casa _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: (____) _____ - _____
 Casa/ Cel. Trabajo Cel. / Mensaje

4) **Nombre Legal:** _____
Primer Nombre) (Inicial del 2º) (Apellido)

Casa _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: (____) _____ - _____
 Casa/ Cel. Trabajo Cel. / Mensaje

Hospital Preferido: _____ Dirección _____

Mi niño/niña **NO** tiene que ser entregado a los siguientes individuos _____

Yo doy mi **autorización** para que el personal de UCAN Head Start pueda obtener tratamiento médico/dental de emergencia necesario para mi hijo/hija, con el entendimiento de que la familia será notificada tan pronto como sea posible.

YO NO doy mi permiso para que el personal de UCAN Head Start obtenga tratamiento Médico o Dental para mi hijo/hija. Yo aceptaré toda la responsabilidad para obtener su tratamiento.

Antes de someter la aplicación, por favor asegúrese de adjuntar todas las cosas que aplican coloreadas en amarillo. Para poder procesar la aplicación se necesitan las pruebas de la fecha de nacimiento del niño/niña y de los ingresos de la familia.

Todos los solicitantes serán notificados acerca de la tentativa colocación del niño/niña después que la aplicación haya sido procesada.

Declaración -Bajo pena de ley, Yo declaro que soy el padre o guardián legal del niño o niña por el cual estoy aplicando a Head Start, y que toda la información que he dado es completa y correcta.

Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos(DHS), Distrito de Servicios de Educación(ESD)/EL y ECSE, al Departamento de Salud y Salud Mental del condado de Douglas, al doctor o dentista enumerados en esta aplicación y al padre/madre de crianza o padre/madre con un niño que está bajo la jurisdicción de la corte y puesto bajo la custodia del departamento de servicios humanos (DHS) listado en esta aplicación para compartir e intercambiar información y expedientes sobre mí y mi familia con UCAN Head Start y a UCAN Head Start a compartir e intercambiar información y expedientes sobre mí y mi familia con estos individuos o agencias. (Por favor tache a los que no nos da permiso para intercambiar información)

Firma del padre/madre o guardián legal o Trabajadora social

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Si usted es un padre de crianza o padre bajo la jurisdicción de la corte y (con el niño) puesto bajo custodia legal del departamento de servicios humanos (DHS) usted necesitará tener la aplicación firmada por la trabajadora social.

“El Departamento de Agricultura de Los Estados Unidos(USDA) y el Estado de Oregon prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades de acuerdo a raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad” Si usted quiere presentar una queja de discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 o (888) 271-5983 extensión 516 (línea gratuita). USDA y el Estado de Oregon son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidad igual a todos



UCAN Head Start
511 W. Umpqua
Roseburg, OR 97471
Año 2010/2011

