



**SOLICITUD DE RETORNO PARA NIÑOS DE ROCK-WALWORTH HEAD START
AÑO DE PROGRAMA 2020-2021**

Queridas familias,

Complete y devuelva el paquete de solicitud adjunto para su hijo de Head Start que regresara para el año escolar 20-21. Los paquetes completos deben entregarse a la maestra o a su Coordinador de Servicios Familiares. Cuando se reciba la solicitud, se reservará un lugar para su hijo para el otoño. Los espacios **NO SE PUEDEN** reservar sin la aplicación y el espacio y el tamaño de las clases son limitados.



NO es necesario que los niños que regresan presenten un comprobante de ingresos. Los ingresos proporcionados para este año se transferirán al año del programa 2020-2021. *Si este será el TERCER AÑO de su hijo, necesitaremos un comprobante de sus ingresos de 2019.* Los hermanos que soliciten Head Start/Early Head Start deberán presentar un comprobante de ingresos.

Los niños que cumplirán 4 años antes del 1 de Septiembre de 2020 pueden calificar para 4K (pre kínder) si su comunidad lo ofrece. Si su hijo estará en un salón de clases HeadStart/4K el próximo ano, deberá registrarse en su distrito escolar local. Se le enviara más información sobre Head Start/4K a medida que la recibamos.

LISTA DE FORMULARIOS DEBIDOS PARA NIÑOS DE 2º AÑO	
APLICACIÓN	
VACUNAS	
FISICO	
EXAMEN DENTAL	
FORMULARIO DE AUTOBUS	
REGISTRACION DE 4K (Beloit y Janesville)	

☺ Recordatorio: Asegúrese de que los exámenes físicos y dentales de su hijo estén actualizados antes de que comience la escuela. Si necesita estos formularios, comuníquese con el maestro de la clase de su hijo o con su Coordinador de Servicios Familiares.

☺ Se le entregarán formularios para el autobús antes del final de las clases, en Mayo. Debemos tener información de transporte antes de la colocación.

☺ Si **CUALQUIER CAMBIO** ocurre durante el verano, llame a la Oficina de Inscripciones

Enrollment Department,

Janice Kuchelmeister
jkuchelmeister@cfsheadstart.org

María Olvera
molvera@cfsheadstart.org

Nancy Marx
nmarx@cfsheadstart.org

2ND YEAR RETURNING CHILD APPLICATION

ESTA SOLICITUD DEBE SER LLENADA SOLAMENTE Y FIRMADA POR EL PADRE LEGAL / TUTOR (S)

1. Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino

Domicilio: _____

APT/OT #
CIUDAD
CODIGO POSTAL
CONDADO

Dirección postal (si es diferente al domicilio): _____

2. CON QUIEN VIVE EL NINO? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Ambos padres / Misma casa	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Padrastro / Madrastra legal	<input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Novio
<input type="checkbox"/> Abuelo(s)	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Guardián legal

Otro: _____

¿Está uno de los padres fuera en servicio militar? **NO** **SI**

¿Está la mamá embarazada? **NO** **SI** **NO SABE** Si la respuesta es sí, indique cuando dará a luz:

3. CUAL ES SU SITUACION DE VIVIENDA? (Marque uno)

Renta Dueño Viviendo con familiares/amigos Sin Hogar: esto significa que se queda principalmente en un automóvil, parque, hotel, refugio de emergencia, en la calle, vivienda de transición, o vive temporalmente con otro miembro de la familia /amigo.

4. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #1

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ESTADO CIVIL:** Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Padrastro legal	<input type="checkbox"/> Familia de crianza
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Tutor

Raza/Grupo Étnico: _____

¿Hispano? **SI** **NO**

Idioma principal: _____

Otro: _____

Teléfono Principal:	H	C	W	Optar para mensajes de texto:	SI	NO
Teléfono Secundario:	H	C	W	Correo electrónico:		
Capacidad de hablar inglés:	NINGUNO		POCO	MODERADO	COMPETENTE	

5. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #2

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ESTADO CIVIL:** Soltero Casado Divorciado Separado

<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Padrastro legal	<input type="checkbox"/> Familia de crianza
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Tutor

Raza/Grupo Étnico: _____

¿Hispano? **SI** **NO**

Idioma principal: _____

Otro: _____

Custodia: SI NO COMPARTIDA

Teléfono Principal:	H	C	W	Optar para mensajes de texto:	SI	NO
Teléfono Secundario:	H	C	W	Correo electrónico:		
Capacidad de hablar inglés:	NINGUNO		POCO	MODERADO	COMPETENTE	

Dirección si es diferente a la familia del niño: _____

6. PERSONA(S) ADICIONAL(ES) EN CASO QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED

1. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

2. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

7. LISTA LOS HERMANOS DEL NIÑO QUE VIVEN ACTUALMENTE EN EL HOGAR:

(Nombre) (Apellido)

1. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

2. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

3. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Continúe de regreso si necesita más espacio.

LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:

La solicitud no estará completa hasta que tengamos comprobante de ingresos. Entiendo que por el bien de la inscripción de mi hijo, RWCFS Head Start / Early Head Start puede necesitar coordinar la programación con mi distrito escolar local, WI Registró de Vacunas, otros programas de visitas domiciliarias y / o proveedores de guarderías para transporte, colocación, registro 4K y programación.

Al firmar, verifico que soy el padre / tutor legal de este niño y que la información proporcionada es correcta y completa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas, es posible que mi familia ya no sea elegible para recibir más servicios.

Firma _____ Fecha: _____

Firma _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY:

Transportation Form	Health History Form
Parent/Guardian Permission for Screenings/Testing	Immunizations
Income (if 3 rd year)	Interview (if 3 rd year)

POINTS: DATA ENTERED BY: REVIEWED BY:

**Permiso del Padre/Tutor Para Proveer los Exámenes y/o Estudios Beneficiosos**
Año Escolar 2020-2021

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Tutor que autoriza liberar la información: _____

Para cumplir con requisitos federales y las normas de funcionamiento, si el tiempo y el presupuesto lo permite, durante el año proveemos un programa de salud y bienestar físico, bucal/oral, social, y emocional.

El Programa RWCFS se esfuerza en proveer los siguientes servicios a cada uno de los niños inscritos. Si usted desea que su niño participe en este programa y reciba uno o todos los servicios por favor firme y feche aquí abajo que autorizando:

En esta lista de servicios, por favor marque el ‘SI’ o ‘NO’ si quiere o no que su niño participe en ese servicio:	SI	NO
1. Exámenes de audición y visión proporcionados por enfermeras del departamento de salud local o personal capacitado de RWCFS.		
2. Obtener resultados de las pruebas de plomo y hemoglobina mediante la base de datos del Registro de plomo de Wisconsin o el programa WIC local (esto no da permiso para realizar las pruebas). Nosotros RWCFS, le enviaremos un permiso por separado si acaso se necesita hacer una prueba del nivel de plomo o hemoglobina.		
3. Observaciones y/o evaluaciones sociales/emocionales o sensoriales realizadas por un profesional con licencia (consultor de salud mental). Este profesional proporciona principalmente observaciones de los comportamientos de los niños, preocupaciones expresadas por el personal y ofrece recomendaciones para ayudar al personal a trabajar eficazmente con todos los niños.		
4. Exámenes de Desarrollo		
5. Exámenes de presión arterial proporcionados por personal capacitado de RWCFS o profesionales de la salud.		

Este permiso es válido para el año escolar en curso (así como lo dice mi firma aquí abajo) de Septiembre 1 a Agosto 31, o un año a partir de la fecha de esta, a menos que diga algo diferente: _____.

Esta información es confidencial y será usada para apoyo de las necesidades y metas únicas del niño aquí mencionado.

Yo libero a Rock-Walworth Head Start/Early Head Start y su personal, agencias y sus empleados fuera de esta, de responsabilidad legal por haber desempeñado servicios en colaboración con profesionistas contratados a quien les he dado permiso al firmar esta por el periodo mencionado. Este permiso puede ser cancelado, por escrito, en cualquier momento por la persona que firma, exceptuando los servicios ya proveídos con autorización vigente. Una cancelación es vigente después de recibirla por escrito a RWCFS Head Start/Early Head Start.

Firma del Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____**Firma del Padre o Tutor:** _____ **Fecha:** _____



Historia Nutricional/Salud

Nombre de Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor del niño: _____ Nombre/teléfono de la clínica: _____

El último chequeo del niño: _____ *(Necesitaremos una copia si su hijo está inscrito)*

Dentista del Niño: _____ Nombre/teléfono de la clínica: _____

Último examen dental del niño: _____ *(Necesitaremos una copia si su hijo está inscrito)*

Cobertura de seguro: Privada Badger Care/Medicaid Ninguno Otro _____

¿Su niño tiene o tuvo?	Si		No	Medicación		Explicación (según sea necesario):
	Ahora	Anterior		Si	No	
Asma						
Convulsiones						
Problemas del corazón						
Diabetes						
Alto nivel de plomo						
Enfermedad de célula falciforme						
Anemia						
Preocupaciones de vista						¿Lentes? Sí No
Problemas de audición						¿Aparato del oído? Sí No ¿Tubos? Sí No
¿Otra preocupación de salud?						

¿Será necesario administrar algún medicamento mientras esté aquí? Sí No Por favor liste:
¿Alguna vez ha tenido cirugía su niño? Sí No ¿Ha estado en el hospital? Sí No En caso que sí, explique por favor:

¿Su niño tiene alguna alergia a los alimentos? Sí No ¿Otras Alergias? Sí No En caso que si, por favor liste: ¿Cómo reacciona él/ella?
¿Su niño tiene otras restricciones alimentarias? Sí No En caso que si, a qué y por qué:

¿Nació su niño más de 2 semanas antes? Sí No ¿En caso que sí, que tan temprano?
¿Hubo alguna preocupación con el embarazo o el parto? Si No En caso que sí, explique:
¿Tiene usted o el médico de su niño una preocupación sobre el desarrollo de su niño? Sí No En caso que si, por favor explique:

¿Está su niño entrenado para ir al baño? Sí No ¿Preocupaciones? Sí No
¿Necesitará usar pañales/pull-ups en la escuela? Sí No ¿En caso que sí, que talla?

¿Su niño ha visto a un dentista?	Sí No	¿Bebe su niño agua florada?	Sí No
¿Alguna vez tu niño ha tenido una cavidad?	Sí No	¿Su niño se queja de dolor en la boca?	Sí No
¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo?		¿Él/ella recibe ayuda para cepillarse?	Sí No

¿Alguien en el hogar fuma (incluye cigarrillos, cigarrillos electrónicos, Juul, etc.)?	Sí No
En caso afirmativo, ¿desea información sobre cómo y por qué dejar de fumar?	Si No
¿Estaría interesado en una clase/grupo de apoyo para personas que intentan dejar de fumar?	

Preguntas de Nutrición	
¿Alimentos que a su niño le gustan?	
¿Alimentos que a su niño no le gustan?	
¿Cómo se siente su niño con respecto a la hora de comer? __ Disfruta __ No interesado __ Necesita aliento	
¿Cómo es el apetito de tu niño? __ Bueno __ Promedio __ Difícil __ Malo	
¿Le preocupa lo que come su niño? Sí No	
En caso que sí, explique por favor:	
¿Le preocupa el peso de su niño? Sí No	
En caso que sí, explique por favor:	
Tiene problema con: __ Diarrea __ Estreñimiento __ Vómitos __ Algún Otro	
Si hay algo marcado, explique:	
¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la nutrición de su niño con la que podamos ayudarlo? Sí No	
En caso que sí, explique por favor:	
¿Participa en WIC? Sí No	¿Desea información sobre el programa WIC? Sí No

Su Niño:	Si	No	Comentarios
Come alimentos sólidos			
Bebe de un vaso			
Alimenta solo			
Toma una botella			
Come o mastica cosas que no son comida			
Tiene problemas para pasar o masticar			
Tiene más de 1 artículo azucarado al día			
Hace ejercicio al menos 1 hora todos los días.			
Tiene más de 2 horas en pantalla			

Para bebés menores de 12 meses:	Si	No	Comentarios
¿Su bebé recibe leche materna?			
¿Su bebé recibe fórmula?			¿Tipo?
¿Con qué frecuencia come /alimenta su niño?	Cada _____ hora		
¿Alguna comida introducida? Por favor liste:			

Al firmar a continuación, entiendo que soy responsable de proporcionar todos los registros médicos, dentales y nutricionales necesarios que RWCFs solicite para garantizar que mi hijo esté seguro y satisfaga sus necesidades únicas mientras está bajo su cuidado. Entiendo que es posible que mi hijo no pueda asistir a un salón de clases hasta que se proporcione la documentación adecuada de un proveedor médico con licencia, se complete un plan de atención y/o el personal reciba la capacitación necesaria. Con mi consentimiento firmado, entiendo que RWCFs puede ayudarme a obtener los registros requeridos.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

2° Año de Recertificación de Padre/Tutor

Fecha