



ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES, INC.
HEAD START/EARLY HEAD START PAQUETE DE APLICACIÓN
AÑO ESCOLAR 2020-2021



Bienvenido a nuestro programa Head Start/Early Head Start y gracias por su interés en nuestros servicios. Somos un programa completo de educación temprana/familia que proporciona un ambiente positivo y experiencias de preparación escolar apropiadas para el desarrollo.

La colocación se basa en las necesidades de un niño y su familia, no somos un programa de primer orden de llegada. Se requiere comprobante de ingresos y una entrevista como parte del proceso de solicitud.

Completar el paquete de solicitud no es una garantía de ubicación.

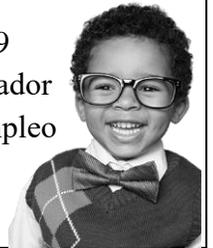
SOMOS UN PROGRAMA BASADO EN INGRESOS Y NECESITAMOS SUS INGRESOS 2019:

Si actualmente recibe uno de los siguientes, necesitaremos verificación.
 Por ejemplo: carta de adjudicación o declaración actual.

- SSI •W2- Asistencia en efectivo
- Suplemento de Cuidado de Crianza (Foster Care) •Cuidado de Parentesco

Si los ingresos anteriores no se aplican a usted, envíe copias de todos los ingresos a continuación que correspondan a su familia:

- Declaración de Impuestos de 2019 •Declaración(es) de Empleador de W2-2019
- Suplemento de Cuidador (Caretaker's Supplement) •Declaración escrita del empleador
- Child Support recibido para todos los niños en el hogar •Compensación de Desempleo
- SSDI (Deseabilidad) •Declaración escrita del dinero recibido por trabajo



Si ninguno de estos se aplica a usted, contacte con la oficina de inscripción



HEAD START / EARLY HEAD START LISTA DE VERIFICACIÓN DE APLICACIÓN	
	Aplicación
	Entrevista
	Prueba de ingreso
	Físico
	Examen Dental (solo de 3 años en adelante)
	Registro de 4K / P4J <ul style="list-style-type: none"> • Solo en Beloit y Janesville (Si su hijo tiene 4 años el 1 de Septiembre o antes)

Espere hasta 30 días para procesar la solicitud. Las solicitudes incompletas no serán consideradas para la colocación. La colocación para el otoño comenzará durante los meses de verano. Por favor contáctenos con nuevos cambios de dirección / número de teléfono. **No podemos servir a su hijo si no podemos encontrarlo.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con algo, llámenos o envíenos un correo electrónico:

Janice Kuchelmeister
 jkuchelmeister@cfsheadstart.org

Maria Olvera
 molvera@cfsheadstart.org

Nancy Marx
 nmarx@cfsheadstart.org

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: AÑO ESCOLAR 2020-2021

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

1. Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino**RAZA / GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO** (Marque todo lo que corresponda):

Caucásico Blanco	Indio Americano / Nativo de Alaska	Hispano/Latino: YES NO
Negro/Afro-Americano	Nativo Hawaiano/otro isleño del Pacífico	
Asiático	Otro:	

Idioma principal del niño:	Ingles	Español	Lenguaje de signos	Otro:
Idioma Secundario:	Ingles	Español	Lenguaje de signos	Otro:
Idioma principal en casa:	Ingles	Español	Lenguaje de signos	Otro:

¿Capacidad de hablar inglés del niño? Muy Bien Bien No Muy Bien Para nada

Domicilio: _____
APT/OT # _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____ CONDADO _____

Dirección postal (si es diferente al domicilio): _____

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

Ambos padres / Misma casa	Madre	Padre
Padrastra / Madrastra legal	Novia	Novio
Abuelo(s)	Padre adoptivo	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. ¿CUÁL ES SU SITUACION DE VIVIENDA?** (Marque uno)

Renta	Comprado
Vive con familiares o amigos en un hogar estable	Vive con la familia / amigos temporalmente
Vivienda de transición	Motel
Refugio	Misión / Iglesia

Viven en un carro, parque, casa de campana, edificios abandonados, lugares públicos, o en vivienda deficiente no adecuada.

4. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #1

NOMBRE: _____

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

Madre	Padre	Raza/Grupo Étnico: _____	
Padrastra legal	Familia de crianza		¿Hispano? SI NO
Padre adoptivo	Tutor		Idioma principal: _____
Otro:			

Dirección si es diferente a la familia del niño: _____

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
Grado más alto completado:	¿Recibió?	DIPLOMA DE PREPARATORIA	HSED/GED	NINGUNO

5. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #2

NOMBRE: _____

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

Madre	Padre
Padrastro legal	Familia de crianza
Padre adoptivo	Tutor
Otro:	

Raza/Grupo Étnico: _____

¿Hispano? SI NO

Idioma principal: _____

Custodia: SI NO COMPARTIDA

Dirección si es diferente a la familia del niño:			
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
Grado más alto completado:	¿Recibió? DIPLOMA DE PREPARATORIA HSED/GED NINGUNO		

6. ¿ESTA SU HIJO/A ASISTIENDO ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS?			
Birth-3	Servicios de Educación Especial	WEAP	
Otro programa de visitas al hogar:			
Ninguno			
¿Estaba su hijo en una lista de espera el año pasado? SI NO ¿En qué estado/condado?			

7. ¿TIENE SU HIJO/A ACTUALMENTE?

IFSP	IEP
¿Qué servicios está recibiendo? (Marque todo lo que corresponda.)	¿Qué servicios está recibiendo? (Marque con un círculo todo lo que corresponda.)
Habla / Lengua Terapia física	Habla / Lengua Terapia física
Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional Early Childhood
Intervención temprana (Early Intervention)	Otro:
Otro:	

8. ¿ESTÁ PREOCUPADO POR LO SIGUIENTE PARA SU HIJO?

Físico	Salud	Aprendizaje
Del Habla / Lenguaje	Visión	Escuchando / Oído
Desarrollo Social	Emocional	Comportamiento
Otro:		

9. ¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREOCUPACIONES FAMILIARES?

Problemas de Leer	Escribir	Un padre tiene/tuvo un IEP
Educación Continua	Transporte	Padre tiene enfermedad crónica
Salud mental	Comida	Refugio / Falta de vivienda
Desempleo/No suficientes horas	Uso de alcohol / drogas	Preocupaciones Legales
Uno de los padres es encarcelado	Padres son encarcelados	Padre(s) fallecidos
Otro (por favor explique):		

10. ¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?

Job Center	Birth - 3	Redes sociales / Internet
WIC	WEAP	Amigo / familia
Salud y Servicios Humanos	Personal de Escuelas Publicas	Otro:
Children's Wisconsin	Personal de EHS / Head Start	

11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE LO SIGUIENTE? (Marque todo lo que corresponda)

Food Stamps	Seguro Médico (Estatal o privado)	Caretaker's Supplement
W2 / Asistencia en efectivo	Beneficios para sobrevivientes	Child Support para cualquier niño en el hogar
Sección 8 / Vivienda Pública	Asistencia con la Energía	Ninguno
Asistencia para la guardería	WIC	

Otro: _____

12. 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.

13. 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

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: _____

INTERVIEW

In-Person	Phone (Reason for phone interview):
Staff Person:	Date:
Parent Guardian:	Date:
Proof of income obtained:	

FOR OFFICE USE

New	Transition	2 nd Year	Prenatal
Transportation Form		Health History Form	
Parent/Guardian Permission for Screenings/Testing		Immunizations	
Income		Interview	

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