



Rock/Walworth Comprehensive Family Services, INC.
Paquete de Aplicación Para Head Start y Early Head Start
Año Escolar 2021-2022



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 2020:

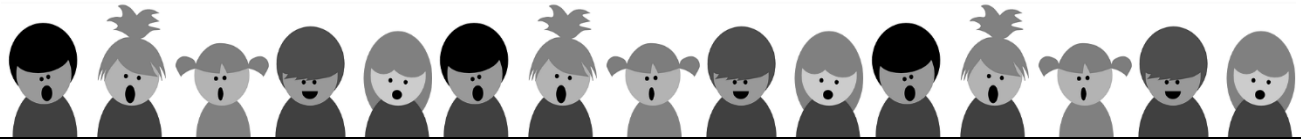
Si actualmente recibe uno de los siguientes, necesitaremos verificación.
Por ejemplo: carta de adjudicación o declaración actual.

- 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 2020 •Declaración(es) de Empleador de W2-2020
- 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



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 2021-2022

Esta solicitud debe ser llenada y firmada solamente por el/los padre(s) legal/tutor(es)

1. Nombre del niño: _____
Primer Nombre Segundo Nombre ApellidoFecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino**RAZA / GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO (Marque todo lo que corresponda):**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caucásico Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | ¿Hispano? |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro-American | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Idioma principal del niño: Inglés Español Lenguaje de Signos Otro:Idioma secundario: Inglés Español Lenguaje de Signos Otro:Idioma principal en casa: Inglés Español Lenguaje de Signos Otro:¿Capacidad de hablar inglés del niño? Muy Bien Bien No Muy Bien Para NadaDomicilio: _____
APT# DE LOTE CIUDAD CODIGO POSTAL CONDADO

Dirección Postal (si es diferente al domicilio): _____

2. ¿CON QUIEN VIVE EL NIÑO? (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 | <input type="checkbox"/> Otro: | | |

¿Esta uno de los padres fuera en servicio militar? Si No ¿Esta la mama embarazada? Yes No**3. ¿CUAL ES SU SITUACION DE VIVIENDA? (Marque uno)** Rento Dueño/a Vivo con familiares/amigos en un hogar estable Familia de crianza Otro: Estoy sin hogar. Esto significa que se está quedando en un automóvil, parque, campamentos, hotel, refugio de emergencia, vivienda de transición, en la calle, o está viviendo con familiares/amigos temporalmente.

Si no tiene hogar, marque cual le aplica a su situación:

 Motel/Hotel Refugio Misión/Iglesia Vivienda de transición En la calle Familiares/Amigos temporalmente**4. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #1**

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Madre Padre Padrastro Legal Padre Adoptivo Familia de Crianza Tutor Otro: _____ Idioma Principal: _____Raza/Grupo Étnico: _____ ¿Hispano? Si No

Dirección si es diferente a la familia del niño: _____

Teléfono Principal: _____ C C T Optar para mensajes de texto: Si No

Teléfono Secundario: _____ C C T E-Mail: _____

Capacidad de hablar inglés: Ninguno Poco Moderado CompetenteGrado más alto completado: _____ ¿Recibió? Diploma de preparatoria HSED/GED Ninguno

5. PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #2

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **STATUS:** Soltero Casado Divorciado Separado

- Madre Padre Padrastro Legal Padre Adoptivo Familia de Crianza Tutor
 Otro: _____ ¿Tiene Custodia? Si No Compartida
Raza/Grupo Étnico: _____ ¿Hispano? Si No
Dirección si es diferente a la familia del niño: _____
Teléfono Principal: _____ C C T Optar para mensajes de texto: Si No
Teléfono Secundario: _____ C C T E-Mail: _____
Capacidad de hablar inglés: Ninguno Poco Moderado Competente
Grado más alto completado: _____ ¿Recibió? Diploma de preparatoria HSED/GED Ninguno

6. ¿ESTA SU HIJO/A EN ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS?

- Birth-3 Servicios de Educación Especial Servicios de Autismo (WEAP, Caravel, etc.) Early Head Start
 Otro programa de visitas al hogar:
 Ninguno
¿Estaba su hijo en una lista de espera el año pasado? Si No ¿Si contesto si, en qué estado/condado?

7. ¿TIENE SU HIJO ACTUALMENTE?

- No IFSP - ¿Qué servicios está recibiendo? IEP - ¿Qué servicios está recibiendo?
(marque todo lo que corresponda) (marque todo lo que corresponda)
 Speech / Language Early Childhood Speech / Language Early Intervention
 Occupational Therapy Physical Therapy Occupational Therapy Physical Therapy
 Otro: Otro:

8. ¿ESTA PREOCUPADO POR LO SIGUIENTE PARA SU HIJO/A?

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

9. ¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREOCUPACIONES FAMILIARES?

- Problemas de Leer Escribir Un padre tiene/tuvo un IEP
 Continuando Educación Transportación Un padre tiene enfermedad crónica
 Salud Mental No suficiente comida Refugio/falta de vivienda
 Desempleo/No suficientes horas Uso de alcohol/drogas Preocupaciones legales
 Un padre está encarcelado/a Padres están encarcelados Padre(s) fallecidos
 Other:
 Ninguno

10. ¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Birth-3 | <input type="checkbox"/> Personal de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Personal de Early Head Start/Head Start | <input type="checkbox"/> Job Center: Rock/Walworth Co | <input type="checkbox"/> Doctor |
| <input type="checkbox"/> Redes Sociales / Internet | <input type="checkbox"/> Consejero | <input type="checkbox"/> Children's WI Centro de Recursos |
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familia | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios de autismo |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud y Servicios Humanos | |
| | <input type="checkbox"/> Refugio para personal sin hogar/violencia domestica | |

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza/parentesco | <input type="checkbox"/> Seguro médico | <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Suplemente de cuidador | <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad social |
| <input type="checkbox"/> W2/Asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Beneficios para sobrevivientes | <input type="checkbox"/> Asistencia para la guardería |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Vivienda Pública / Sección 8 | <input type="checkbox"/> WIC / Healthy Start |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Energy Assistance | <input type="checkbox"/> Child Support para cualquier niño en su hogar |

12. 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

13. LISTA LOS HERMANOS DEL NINO QUE VIVEN ACTUALMENTE EN EL HOGAR:

- | | | | |
|----------|--|----------------------------|--|
| (Nombre) | (Apellido) | | |
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento: _____ | |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento: _____ | |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento: _____ | |

Continúe de regreso si necesita más espacio.

PORFAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:

La solicitud no estará completa hasta que tengamos comprobante de ingresos. Para fines de inscripción, entiendo que RWCFS Head Start / Early Head Start puede necesitar coordinar la programación con mi distrito escolar local, WI Shot Registry, 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

<input type="checkbox"/> In-Person	<input type="checkbox"/> Phone (Reason for phone interview):
Staff Person:	Date:
Parent Guardian:	Date:
Proof of income obtained:	

FOR OFFICE USE			
New	Transition	2 nd Year	3 rd Year
Transportation Form		Health History Form	
Parent/Guardian Permission for Screenings/Testing		Immunizations	
Income			
INCOME POINTS	TOTAL POINTS:	DATA ENTERED BY:	REVIEWED BY:

Ejemplo de formulario de declaración de impuestos que debemos recopilar como comprobante de ingresos:

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99) **2020** U.S. Individual Income Tax Return OMB No. 1545-0074 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

Filing Status Single Married filing jointly Married filing separately (MFS) Head of household (HOH) Qualifying widow(er) (QW)
 Check only one box. If you checked the MFS box, enter the name of your spouse. If you checked the HOH or QW box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent ▶

Your first name and middle initial _____ Last name _____ Your social security number _____
 If joint return, spouse's first name and middle initial _____ Last name _____ Spouse's social security number _____

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. _____ Apt. no. _____
 City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below. _____ State _____ ZIP code _____
 Foreign country name _____ Foreign province/state/county _____ Foreign postal code _____
Presidential Election Campaign Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to this fund. Checking a box below will not change your tax or refund.
 You Spouse

At any time during 2020, did you receive, sell, send, exchange, or otherwise acquire any financial interest in any virtual currency? Yes No

Standard Deduction **Someone can claim:** You as a dependent Your spouse as a dependent
 Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Age/Blindness You: Were born before January 2, 1956 Are blind **Spouse:** Was born before January 2, 1956 Is blind

Dependents (see instructions):

(1) First name	Last name	(2) Social security number	(3) Relationship to you	(4) <input checked="" type="checkbox"/> if qualifies for (see instructions):	Child tax credit	Credit for other dependents
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2 **1**
2a Tax-exempt interest **2a** **2b** Taxable interest **2b**
3a Qualified dividends **3a** **3b** Ordinary dividends **3b**
4a IRA distributions **4a** **4b** Taxable amount **4b**
5a Pensions and annuities **5a** **5b** Taxable amount **5b**
6a Social security benefits **6a** **6b** Taxable amount **6b**
7 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here **7**
8 Other income from Schedule 1, line 9 **8**
9 Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your **total income** ▶ **9**
10 Adjustments to income:
a From Schedule 1, line 22 **10a**
b Charitable contributions if you take the standard deduction. See instructions **10b**
c Add lines 10a and 10b. These are your **total adjustments to income** ▶ **10c**
11 Subtract line 10c from line 9. This is your **adjusted gross income** ▶ **11**
12 **Standard deduction or itemized deductions** (from Schedule A) ▶ **12**
13 Qualified business income deduction. Attach Form 8995 or Form 8995-A ▶ **13**
14 Add lines 12 and 13 ▶ **14**
15 **Taxable income.** Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0- ▶ **15**

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 11320B Form **1040** (2020)

Espacio adicional para hermanos que viven en casa

(Nombre)

(Apellido)

3. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

4. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

5. _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____



ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES INC.
HEAD START AND EARLY HEAD START® *Serving Rock & Walworth Counties*

Permiso del Padre/Tutor Para Proveer los Exámenes y/o Estudios Beneficiosos
Año Escolar 2021-2022

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 será válido para el año del programa indicado anteriormente o durante un año después de la fecha de la firma, 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de audición						¿Aparato del oído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tubos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? Sí 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Preocupaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesitará usar pañales/pull-ups en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En caso que sí, que talla?

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

¿Alguien en el hogar fuma (incluye cigarrillos, cigarrillos electrónicos, Juul, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿desea información sobre cómo y por qué dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Disfruta <input type="checkbox"/> No interesado <input type="checkbox"/> Necesita aliento	
¿Cómo es el apetito de tu niño? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Malo	
¿Le preocupa lo que come su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso que sí, explique por favor:	
¿Le preocupa el peso de su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso que sí, explique por favor:	
Tiene problema con <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Algún Otro	
Si hay algo marcado, explique:	
¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la nutrición de su niño con la que podamos ayudarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso que sí, explique por favor:	
¿Participa en WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Desea información sobre el programa WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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			

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

2º Año de Recertificación de Padre/Tutor Fecha