Rock/Walworth Comprehensive Family Services, INC.
Paquete de Aplicación Para Head Start y Early Head Start
Año Escolar 2022-2023

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.

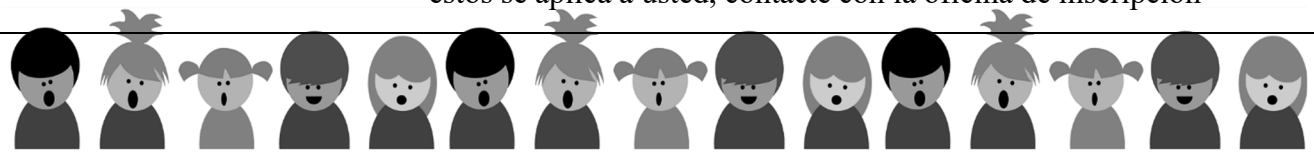
La colocación se basa en las necesidades de un niño y su familia, no somos un programa de primer orden dellegada. Se requiere comprobante de ingresos y una entrevista como parte del proceso de solicitud.
Completar el paquete de solicitud no es una garantía de ubicación.

SOMOS UN PROGRAMA BASADO EN INGRESOS Y NECESITAMOS SUS INGRESOS 2021:

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

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

Si los ingresos anteriores no se aplican a usted, envié copias de todos los ingresos a continuación que correspondan a su familia:
• Declaración de Impuestos de 2021 •Declaración(es) de Empleador de W2-2021
•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 trabajoSi 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 • 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
Danielle Daringer ddaringer@cfsheadstart.org
Nancy Marx nmarx@cfsheadstart.org

1221 Henry Ave, Beloit, WI 53511 • Teléfono: (608) 299-1500 o 1-800-774-7778 • Fax: (608) 299-1629

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: AÑO ESCOLAR 2022-2023

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

1. Nombre del niño: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Femenino ☐Masculino

RAZA / GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO (Marque todo lo que corresponda):

☐ Caucásico Blanco ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska

☐ Negro/Afro-American ☐ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico

☐ Asiático ☐ Otro:

¿Hispano?

☐ Si ☐ No

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/# DE LOTE CIUDAD CODIGO POSTAL CONDADO

Dirección Postal (si es diferente al domicilio):

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

☐ Ambos padres / Misma casa ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padrastro / Madrastra Legal

☐ Novia ☐ Novio ☐ Abuelo(s) ☐ Padre Adoptivo

☐ Guardián Legal ☐ 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 ☐ Competente

Grado 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?
(marque todo lo que corresponda)

☐ Speech / Language ☐ Early Childhood

☐ Occupational Therapy ☐ Physical Therapy

☐ Otro:

☐ IEP - ¿Qué servicios está recibiendo?
(marque todo lo que corresponda)

☐ Speech / Language ☐ Early Intervention

☐ Occupational Therapy ☐ Physical Therapy

☐ 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?

☐ Guardería
☐ Personal de Early Head Start/Head Start
☐ Redes Sociales / Internet
☐ Amigo/Familia
☐ ***Otro:***

☐ Birth-3
☐ Job Center: Rock/Walworth Co
☐ Consejero
☐ WIC
☐ Departamento de Salud y Servicios Humanos
☐ Refugio para personal sin hogar/violencia domestica

☐ Personal de la escuela
☐ Doctor
☐ Children's WI Centro de Recursos
☐ Proveedor de servicios de autismo

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

☐ Cuidado de crianza/parentesco
☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
☐ W2/Asistencia en efectivo
☐ Cupones de alimentos/FoodShare
☐ Otro:
☐ ***Ninguno***

☐ Seguro médice
☐ Suplemente de cuidador
☐ Beneficios para sobrevivientes
☐ Vivienda Pública / Sección 8
☐ WIC / Healthy Start
☐ Energy Assistance

☐ Ingreso de seguridad social
☐ Asistencia para la guardería
☐ 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. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____
2. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____
3. _____ ☐ Masculino ☐ 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			
	In-Person		Phone (Reason for phone interview):
Staff Person:			Date:
Parent Guardian:			Date:
Proof of income obtained:			

Ejempleo de 2021 1040 Forma de Ingresos

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

Rev. 5/22

Form **1040** Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99) **U.S. Individual Income Tax Return** **2021** OMB No. 1545-0074 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

Filing Status Check only one box. ☐ Single ☐ Married filing jointly ☐ Married filing separately (MFS) ☐ Head of household (HOH) ☐ Qualifying widow(er) (QW)
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 2021, did you receive, sell, exchange, or otherwise dispose of 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, 1957 ☐ Are blind **Spouse:** ☐ Was born before January 2, 1957 ☐ Is blind

Dependents (see instructions):
If more than four dependents, see instructions and check here ▶ ☐

(1) First name Last name	(2) Social security number	(3) Relationship to you	(4) ✔ if qualifies for (see instructions): Child tax credit	Credit for other dependents
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Do Not File

Attach Sch. B if required.

1	Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2			1	
2a	Tax-exempt interest	2a	b Taxable interest	2b	
3a	Qualified dividends	3a	b Ordinary dividends	3b	
4a	IRA distributions	4a	b Taxable amount	4b	
5a	Pensions and annuities	5a	b Taxable amount	5b	
6a	Social security benefits	6a	b 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 10			8	
9	Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your **total income** ▶			9	
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26			10	
11	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income** ▶			11	
12a	**Standard deduction or itemized deductions** (from Schedule A)		12a		
b	Charitable contributions if you take the standard deduction (see instructions)		12b		
c	Add lines 12a and 12b			12c	
13	Qualified business income deduction from Form 8995 or Form 8995-A			13	
14	Add lines 12c and 13			14	
15	**Taxable income.** Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-			15	

Standard Deduction for—
- Single or Married filing separately, $12,550
- Married filing jointly or Qualifying widow(er), $25,100
- Head of household, $18,800
- If you checked any box under *Standard Deduction*, see instructions.

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 11320B Form **1040** (2021)

RWCFS Head Start/Early Head Start Program - 2022-2023
Información de Salud (recién nacido-cinco años) Class Code_____

Nombre del Niño(a): ***(Apellido, Primer, Segundo Nombre):***	**Sexo:** F ❑ M ❑	**Fecha de Nacimiento:**
Doctor del Niño(a): _____ **La fecha de último examen del doctor:** ___ / _____ **Mes Ano** **Dentista del Niño(a):**_____ **La fecha de último examen del dentista:** ___ / _____ **Mes Ano**		**Cobertura de Seguro Medico:** *(check one)* ❑ **Medicaid/Badgercare** ❑ **Privada** ❑ **Otro:** _____
Información sobre Nacimiento: Su bebé pesó menos de libras? Si ❑ No ❑ Su Bebe fue prematuro? (Nació menos de las 36 semanas)? Si ❑ No ❑		

Por Favor circule si su hijo tiene alguno de las siguientes:

Alergias*	Hemorragias nasales	¿Están expuestos al humo de segunda mano?
Alergia a la comida (así a la comida)*	Problemas de audición/Aparato de oído	Trastornos convulsivos*
Anemia	Problemas del Corazón*	Alguna enfermedad o lesión graves
Asma*	Intolerancia de lactosa	Ha sido hospitalizado o ha tenido cirugías?
Estreñimiento/Problemas de la vejiga	Los padres tienen problemas/trastornos de salud	Problemas con la vista?/Usa lentes
Diabetes*	Enfermedad reactiva de la vías respiratorias(R.A.D)*	Sibilancias*
Dolores del odio o infecciones frecuentes		Otros trastornos graves

Por Favor de explicar,si su niño(a)tiene algunos de las condiciones:_____

_____

¿Tiene usted una preocupación sobre el desarrollo o salud de su niño(a)?_____

_____

Si	NO	MEDICAMENTO:	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
❑	❑	Su hijo(a) toma algún medicamento?	
❑	❑	¿Será necesario administrar medicamentos mientras esté su hijo(a) aquí en la escuela? (Si,Si porfavor notar la en la (**HOJA DE *Medicamento***)	
❑	❑	Su niño(a) toma algún medicamento de emergencia? Ejemplo:Epi-pen, inhalador etc:	

Si	NO	ACTIVIDADES FÍSICAS:	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
❑	❑	Su niño(a) hace actividades físicas durante el día? ¿Cuántas horas? _____	
❑	❑	¿Tienes preocupaciones sobre el crecimiento físico de tu niño(a)?	

Health Information (Birth - 5 Years) continued

Si	NO	NECESIDADES DEL BANO:	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
☐	☐	Está entrenando su niño(a) para ir al baño?	
☐	☐	Tiene preocupaciones sobre su niño(a) y como va al baño?	

Si	NO	INFORMACION SOBRE NUTRICION	COMENTARIOS/EXPLICACION:
☐	☐	¿Participa en el programa del WIC?	
☐	☐	Recibe cupones de alimento o estampas de comida?	
☐	☐	Su hijo come frutas y verduras todos los días?	
☐	☐	¿Comen juntos en familia?	
☐	☐	¿Hay comidas que no come su niño(a) por razones médicas?	
☐	☐	¿Come cosas que no son comida?	
☐	☐	¿Tienes preocupaciones de tu niño(a) y qué alimentos saludables come?	
☐	☐	Su nino(a) usa biberon o mamila?	
☐	☐	¿El niño(a) toma vitaminas?	
☐	☐	¿Tiene preocupaciones de que no tienen comida suficiente?	

Si	NO	PREGUNTAS SOBRE EL HOGAR	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
☐	☐	¿Alguien en el hogar fuma?(cigarrillos,cigarrillos electrónicos Juul, etc)?	
☐	☐	En caso de que Si!Desea información sobre cómo y porqué debe de dejar de fumar?	
☐	☐	Su niño(a) ha vivido o visitado una casa que estaba construida antes del año 1978?	
☐	☐	¿Le ha checado el nivel de plomo a su niño(a)?	

Si	NO	PREGUNTAS SOBRE EL ORAL:	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
☐	☐	Su niño(a) ha tenido examen dental?	
☐	☐	Su niño(a) toma agua de fluoruro?	
☐	☐	Alguna vez su niño(a) ha tenido caries en los dientes?	
☐	☐	Su niño(a) se queja de dolor en la boca?	
☐	☐	Su niño(a) necesita ayuda para cepillarse los dientes?	

Si	NO	PREGUNTAS SOBRE EMOCIONAL/SOCIAL:	COMENTARIOS/EXPLICACIONES:
☐	☐	Su niño(a) puede expresar claramente sus necesidades a un adulto?	
☐	☐	A su niño(a) le gusta jugar y hacer otras cosas con otros niños?	
☐	☐	Su niño(a) tiene miedo a algo?	
☐	☐	¿Hay otras cosas que debemos de saber sobre su niño(a)?	

_____	_____	_____
Firma del padre(s)o tutor(es):	Fecha:	Fecha de 2ndo Ano revision:

Rock/Walworth Comprehensive Family Services, Inc.
Head Start

FORMULARIO DE INFORMACION PARA EL TRANSPORTE

Este formulario debe ser completado para registrar a su niño en la lista de espera para posibles servicios. Este formulario NO le garantiza un lugar en nuestro programa. Por favor devuelva este formulario completo con la aplicación. Marque la opción de su preferencia. Si usted no quiere recibir servicio de transporte por favor marque *[ ] Prefiero transportar a mi hijo a la escuela.*

Por favor tome en cuenta que en ocasiones por limitaciones de presupuesto, escases de personal, que el chofer que se asigne a su ruta no trabaje u otros motivos usted deberá transportar al niño a la escuela. Agradecemos su cooperación.

Algunos direcciones no se ajustan a las rutas del autobús y usted tendrá que transportar a su niño.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección/Domicilio: _____
(calle y número) (ciudad) (código postal) (condado)

Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____ Móvil / Casa _____ Móvil / Casa

Recuerde que es importante que nos informe si hay algún cambio en la información que provee en este formulario.

DEBE CONTESTAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO

Recoger: [ ] Dirección de la casa, mencionada arriba [ ] Puedo transportar a mi hijo a la escuela si es necesario
[ ] Prefiero transportar a mi hijo a la escuela
[ ] Otra dirección (por favor indique):

_____
(calle y número) (ciudad) (código postal) (condado)

Bajar: [ ] Dirección de la casa, mencionada arriba [ ] Puedo transportar a mi hijo a la escuela si es necesario
[ ] Prefiero transportar a mi hijo a la escuela
[ ] Otra dirección (por favor indique):

_____
(calle y número) (ciudad) (código postal) (condado)

¿Su niño estará asistiendo algún programa o escuela que le puede afectar su colocación en Head Start? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor indique el lugar y días/horario: _____

Comentarios: _____

_____

SI CUALQUIERA DE ESTA INFORMACIÓN CAMBIA, POR FAVOR CONTACTE A LA OFICINA PRINCIPAL LO MAS ANTES POSIBLE. LAS COLOCACIONES SE BASEN EN LAS UBICACIONES DE RECOGIDA Y BAJADA. CUALQUIER CAMBIO PUEDE REQUERIR UN AJUSTE EN LA COLOCACION DE SU NIÑO.

Firma del Padre/Madre: _____ **Fecha:** _____

Si tiene preguntas por favor llame a Nancy al 608-299-1500 ext. 20 o Danielle al ext. 41 o 1-800-774-7778.

Staff use only: _____/_____ _____/_____ _____/_____
(completed by) (date) (type of contact) (with whom) (TMS) (date)