

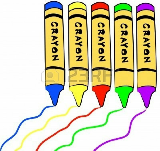
Rock/Walworth Comprehensive Family Services, INC. Paquete de Aplicación Para Head Start y Early Head Start **Año Escolar 2024-2025**

Bienvenido a nuestro programa Head Start y Early Head Start. 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 2023:** |
| Si actualmente recibe uno de los siguientes, necesitaremos verificación.  Por ejemplo: carta de adjudicación o declaración actual.  •Programa de “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 2023 •Declaración(es) de Empleador de W2-2023   •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 PARA SU SOLICITUD** | |
|  | Solicitud |
|  | Entrevista |
|  | Prueba de ingresos - 2023 |
|  | Examen físico |
|  | Examen Dental (solo de 3 años en adelante) |
|  | Registro de 4K o P4J  Solo en Beloit y Janesville (Si su hijo tiene 4 años el 1 de septiembre o antes) |

La solicitud puede tomar hasta 30 días para ser procesada. Las solicitudes incompletas no serán consideradas para la colocación. La colocación para el otoño comenzará durante los meses de verano. En caso de que haiga cambios de la información de contactos, favor contactarnos con ellos (dirección, número de teléfono o correo electrónico). **No le podremos dar servicios a su hijo si no podemos contactar a usted.**

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

Janice Kuchelmeister DeAnna Cervantes Nancy Marx

[jkuchelmeister@cfsheadstart.org](mailto:jkuchelmeister@cfsheadstart.org) [dcervantes@cfsheadstart.org](mailto:dcervantes@cfsheadstart.org) [nmarx@cfsheadstart.org](mailto: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 2024-2025**  Esta solicitud debe ser llenada y firmada solamente por el/los padre(s) legal/tutor(es) |

CC:

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento:  □ Femenino □ Masculino

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **RAZA/GRUPO ÉTNICO DELNIÑO (Marque todo loque corresponda)** |

□ Caucásico Blanco □ Indio Americano/ Nativo de Alaska □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Negro/Afro-American □ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico □ Hispanic □ Asiᾴti

Idioma principal del niño: □ Ingles □ Español □ Lenguaje de signos □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma secundario: □ Ingles □ Español □ Lenguaje de signos □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma principal en casa: Crianza de Padre Ingles □ Español □ Lenguaje de signos □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_

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)** |

□ Ambos padres/Misma Casa □ Madre □ Padre □ Padrastro/Madrastra Legal □ Padres de Crianza

□ Novio/a del padres □ Abuelo(s) □ Guardiᾴn legal □ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ ¿Esta uno de los padres fuera en servicio militar?** **□ ¿Mama embarazada?**

|  |  |
| --- | --- |
| **3**. | **¿CUAL ES SU SITUACION DE VIVIENDA? (Marque uno)** |

**□** Rento **□** Dueño/a **□** Vivo con familiares/amigos en un hogar estable **□** Familia de crianza

□ **Estoy sin hogar**. • Esto significa que se está quedando en un automóvil • parque • en la calle

• campamentos • hotel refugio de emergencia • vivienda de transición • • está viviendo con

Familiares amigos temporalmente.

***\*Si no tiene hogar, marque cual le aplica a su situación arriba\****

|  |  |
| --- | --- |
| **4**. | **PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #1** |

**NOMBRE:**  **FECHA DE NACIMIENTO:**

**RAZA/GRUPO ÉTNICO:** □ HISPANIC

**ESTADO CIVIL: □** Madre **□** Padre **□** Padrastro/Madrasta Legal **□** Padres de Crianza □Tutor **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene Custodia? **□** Si □ No **□** Compartida □Soltero **□** Casado **□** Divorciado **□** Separado

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C C T Optar para mensajes de texo: **□** Si **□** No

Correco electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Capacidad de hablar inglés: **□** Ninguno **□** Poco **□** Moderado

**□** Competente ¿Completo la primaria? **□** Si **□** No ¿Asistió a la universidad? **□** Si **□** No

**□** Grado más alto completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Recibió? **□** Diploma de preparatoria **□** HSED/GED **□** Ninguno

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL #2** |

**NOMBRE:**  **FECHA DE NACIMIENTO:**

**RAZA/GRUPO ÉTNICO:** □ HISPANIC

**ESTADO CIVIL: □** Madre **□** Padre **□** Padrastro/Madrasta Legal **□** Padres de Crianza □Tutor **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene Custodia? **□** Si □ No **□** Compartida □Soltero **□** Casado **□** Divorciado **□** Separado

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C C T Optar para mensajes de texo: **□** Si **□** No

Correco electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Capacidad de hablar inglés: **□** Ninguno **□** Poco **□** Moderado

**□** Competente ¿Completo la primaria? **□** Si **□** No ¿Asistió a la universidad? **□** Si **□** No

**□** 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 □ Guardería **□** Programa de 3K **□** 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)

* + - Del Habla / Lenguaje **□** Del Habla / Lenguaje
    - Educación de la primera infancia **□** Intervención a te prana edad

**□** Terapia Ocupacional **□** Terapia Física **□** Terapia Ocupacional □Terapia Física

* + - Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **8**. | **¿LE PREOCUPA ALGO DE LO SIGUINTE ACERCA DE SU HIJO(A)?** |

**□** Aprendizaje **□** Físico **□** Salud **□** Visión **□** Comportamiento

**□** Escuchando/Oído **□** Del Habla/Lenguaje **□** Desarrollo Social **□** Emocional **□** *Ninguno*

|  |  |
| --- | --- |
| **9**. | **¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREOCUPACIONES FAMILIARES?** |

**□** Problemas de Leer **□** Escri **□** Un padre tiene enfermedad crónica

**□** Continuando Educación **□** Transportación **□** Un padre tiene enfermedad terminal

**□** Salud Mental **□** No suficiente comida **□** Refugio/falta de vivienda

**□** Incendio de Hogar **□** Mover de hogar frecuentemente □Preocupaciones de inmigración

**□** Desempleo/No suficientes horas **□** Uso de alcohol/drogas **□** Preocupaciones legales

**□** Un padre está encarcelado/a**□** Ambos padres están encarcelados □Padre(s) fallecidos

□ Un padre tiene/tuvo un IEP **□** Ninguno **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **10.** | **¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?** |

□ Guardería □ Birth-3 **□** Personal de la escuela

□ Early Head Start o Head Start □ Job Center: Rock/Walworth Co. □ Doctor

□ Red Sociales/Internet □ Consejero □ Children’s WI centro de recursos

□ Amigo/Familia □ WIC □ Proveedor de servicios de autismo

□ Departamento de Salud y Servicios Humanos □ Cartelera

□ Refugio para personal sin hogar o violencia domestica Otro: \_

|  |  |
| --- | --- |
| **11**. | **ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE LO SIGUIENTE? (Marque todo lo corresponda)** |

□ Cuidado de crianza/parentesco □ Seguro médico □ WIC/

□ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) □ Ingreso de seguridad social □ Beneficios para sobrevivientes

□ W2/ Asistencia en efectivo □ Asistencia para la guardería □ Ninguno

□ Cupones de alimentos □ Vivienda Pública/ Sección 8 □ Asistencia de luz

|  |  |
| --- | --- |
| **12.** | **LISTA LOS HERMANOS DEL NINO QUE VIVEN ACTUALMENTE EN EL HOGAR:** |

## 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: \_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Masculino □ Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. □ Masculino □ Femenino Fecha de nacimiento:

|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**N**on-discriminatory Clause: RWCFS HS&EHS policy is not to discriminate based on race, sex, age, color, national origin,

religion, or disabilities in the provision of services and employment.

**Revised: 4/24 DC/NM**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**Interview:** □ In-Person □ Phone **Staff Initials:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Interview completed with:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Application:** □ New □ Transition □ 3rd Year

# Documents Received: □ Income - Proof of eligibility provided: \_\_\_

# □ Health History □ Immunizations □ Transportation Form

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INCOME POINTS: | TOTAL POINTS: | DATA ENTERED BY: | REVIEWED BY: |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Notes:** |