



Rock/Walworth Comprehensive Family Services, INC.  
 Paquete de Aplicación Para Head Start y Early Head Start  
 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 delgada. 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.

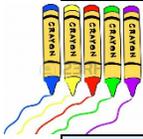
Por ejemplo: carta de adjudicación o declaración actual.

- 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, envíe 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 haya 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 DEL NIÑO (Marque todo lo que corresponda)

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

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

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

Idioma secundario:  Inglés  Español  Lenguaje de signos  Otro: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Apt # De Lote Ciudad Código 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 padre  Abuelo(s)  Guardián 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/Madrastra Legal  Padres de Crianza  Tutor  Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene Custodia?  Si  No  Compartida  Soltero  Casado  Divorciado  Separado

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

Correo 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 texto:  Si  No

Correo 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?  
(marque todo lo que corresponda)  
 Del Habla / Lenguaje  
 Educación de la primera infancia  
 Terapia Ocupacional  Terapia Física  
 Otro: \_\_\_\_\_

IEP - ¿Qué servicios está recibiendo?  
(marque todo lo que corresponda)  
 Del Habla / Lenguaje  
 Intervención a temprana edad  
 Terapia Ocupacional  Terapia Física  
 Otro: \_\_\_\_\_

8.

**¿LE PREOCUPA ALGO DE LO SIGUIENTE 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 NIÑO 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 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: \_\_\_\_\_

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, WIShot 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: \_\_\_\_\_

Non-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.

**FOR OFFICE USE ONLY:**

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

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

**Application:**  New  Transition  3<sup>rd</sup> Year

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

Health History  Immunizations  Transportation Form

<u>INCOME POINTS:</u>	<u>TOTAL POINTS:</u>	<u>DATA ENTERED BY:</u>	<u>REVIEWED BY:</u>

**Notes:**

