



ROCK WALWORTH HEAD START
SOLICITUD DE SEGUNDO AÑO
AÑO ESCOLAR 2025 - 2026

Queridas familias:

Complete y devuelva la solicitud adjunta para su hijo de Head Start **actualmente inscrito** al maestro de su clase o a su Coordinador de Servicios Familiares. Cuando la oficina de inscripción reciba la solicitud, se reservará un lugar para su hijo durante el otoño. Los lugares **NO** se pueden guardar sin la aplicación ya que el espacio y el tamaño de las clases son limitados.

NO es **necesario** que los niños que regresan proporcionen comprobante de ingresos. Los ingresos previstos para este año se trasladarán **al año programático 2025-2026**.

Los niños que cumplirán **4 años** el 1 de septiembre de 2025 o antes, pueden calificar para 4K (kindergarten de 4 años) si su comunidad lo ofrece. Si su hijo estará en un aula de Head Start/4K el próximo año (**solo en Beloit y Janesville**), también debe inscribirse en su distrito escolar local. Se proporcionará más información sobre Head Start/4K a medida que la recibamos.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE HEAD START PARA NIÑOS QUE REGRESAN

1. **Aplicación**
2. **Se le proporcionará un formulario de transporte en mayo. Debemos tener información de transporte para asignar a su hijo a un salón de clases.**
3. **Papeles de Registro para 4K/P4J-Beloit/Janesville solamente, los niños deben tener 4 años el 1 de septiembre o antes)**

Recordatorio: Por favor, asegúrese de que los exámenes físicos, de vacunas y dentales de su hijo estén al día antes de que comiencen las clases. Si necesita estos formularios, comuníquese con el maestro de su hijo o con su Coordinador de Servicios Familiares.

😊 **Si ocurre ALGÚN CAMBIO durante el verano, ¡llame a la Oficina de Inscripción!**

Brí O'Brien

Nancy Marx

Dee Cervantes

bobrien@cfsheadstart.org

nmarx@cfsheadsart.org

dcervantes@cfsheadsart.org

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



SOLICITUD DE SEGUNDO AÑO PY 25-26

Esta solicitud debe ser completada y firmada únicamente por los padres/tutores legales.
¡SOLO BOLÍGRAFO, POR FAVOR!

1. Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

☐Mujer ☐Hombre

Dirección de domicilio: _____

Apt #

Calle

Ciudad/Código Postal

Condado

2.

EL NIÑO VIVE PRINCIPALMENTE CON: (Marque todo lo que corresponda)

☐	Ambo's padres/Misma casa	☐	Madre	☐	Padre
☐	Padrastro/ Madrastra Legal	☐	La pareja de los padres	☐	La pareja de los padres
☐	Abuelo(s)	☐	Los padres adoptivos	☐	Guardian legal
☐	Otro:				

¿Uno de los padres está ausente por servicio militar?? ☐ NO ☐ SI

¿Mamá está embarazada?? ☐ NO ☐ SI ☐ INSEGURO

En caso afirmativo, ¿cuándo es la fecha de parto?: _____

3.

ARREGLO DE VIVIENDA ACTUAL:

☐ Renta ☐ Dueño ☐ Vivir con la familia/amigo

☐ Sin hogar: esto significa que se está quedando en un automóvil, estacionamiento, hotel, refugio de emergencia, se está quedando en la calle, vivienda de transición, o vive con un familiar/amigo a corto plazo (marque con un círculo cuál es).

4.

PADRE PRINCIPAL / TUTOR LEGAL # 1:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Grupo Étnico: _____ Hispano: ☐ SI ☐ NO

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Mamá biológica ☐ Papá biológico ☐ Padre Adoptivo

Custodia: ☐ SI ☐ No **Compartido:** ☐ SI ☐ No

Idioma principal: _____ Teléfono principal: _____ H C W

Mensajes de texto: ☐ SI ☐ No

Correo electrónico: _____

5.

PADRE PRINCIPAL/TUTOR LEGAL #2:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Raza/Étnico: _____ Hispano: ☐ SI ☐ No

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Mamá biológica ☐ Papá biológico ☐ Padre Adoptivo

Custodia: ☐ SI ☐ No **Compartido:** ☐ SI ☐ No

Idioma Principal: _____ Teléfono principal: _____ H C W
Mensajes de texto: ☐ SI ☐ No

Correo Electronico: _____

6.

**PERSONA(S) ADICIONAL(ES) EN CASO DE QUE NO NOS
PODEMOS COMUNICAR CON USTED:**

1. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

2. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

7.

HERMANOS EN EL HOGAR:

1. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer FDN: _____

2. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer FDN: _____

3. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer FDN: _____

4. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer FDN: _____

5. _____ ☐ Hombre ☐ Mujer FDN: _____

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:

Para fines de inscripción, entiendo que es posible que RWCFS Head Start/Early Head Start necesite coordinar la programación con mi distrito escolar local, WI Shot Registry, otros programas de visitas domiciliarias y/o proveedores de guardería para el transporte, la colocación, el registro de 4K y la 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 a sabiendas proporciono información falsa, es posible que mi familia ya no sea elegible para recibir más servicios.

Cláusula no discriminatoria: La política de RWCFS HS & EHS es no discriminar por motivos de raza, sexo, edad, color, origen nacional, religión o discapacidades en la prestación de servicios y empleo.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Revised:1/25 BO			
SOLO PARA USO EN OFICINA:			
	Transportation Form		
	Health Form		
TOTAL POINTS:		DATA ENTERED BY:	REVIEWED BY:

.CC: _____