



ROCK-WALWORTH HEAD START/EARLY HEADSTART

APLICACIÓN PRENATAL- PY 2025-2026

Gracias por su interés en nuestro Programa Early HeadStart. Un embarazo saludable tiene una influencia directa en la salud y el desarrollo de un recién nacido. Early HeadStart se esfuerza por tener el mayor impacto en los niños y las familias al ofrecer servicios de apoyo lo más temprano posible en la vida.

Los servicios a las mujeres embarazadas y sus familias se proporcionan durante los primeros tres años de vida del niño. El período prenatal de crecimiento y desarrollo tiene un impacto duradero en el potencial del niño para un crecimiento y desarrollo saludables después del nacimiento. El programa de visitas domiciliarias incorpora lo siguiente:

1. **Embarazos saludables y resultados positivos en el parto;**
2. **Atención posparto de apoyo para los padres y el niño;**
3. **Involucrar plenamente a los padres en la vida de sus hijos pequeños; y**
4. **Cuidado cariñoso y receptivo durante la infancia.**

Las dulas certificadas ofrecen servicios especializados para madres embarazadas y posparto (este servicio actualmente solo está **disponible en el condado de Rock y el espacio es limitado**). Se requiere **comprobante de ingresos de 2024 y una entrevista** para determinar su elegibilidad para el programa. Completar la solicitud no significa que sea aceptado automáticamente. Las mamás embarazadas con mayor necesidad de servicios serán colocadas en primer lugar. Complete la solicitud minuciosamente para que sepamos cuál es la mejor manera de servirle.

TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

SOMOS UN PROGRAMA BASADO EN INGRESOS Y NECESITAREMOS SUS INGRESOS DE 2024:

Si *actualmente* recibe **UNO** de los siguientes, necesitaremos verificación.

Ejemplo: carta de adjudicación o estado de cuenta actual.

► SSI ► W2 Asistencia en efectivo ► Food Stamps/Food Share ► Foster Care/ Cuidado de parentesco

Si ninguno de estos se aplica a usted, envíe una copia de todos los ingresos a continuación que correspondan:

- 2024 Declaración de impuestos • 2024 W2 Declaración(es) del empleador • SSDI • Suplemento del cuidador
- 2024 Manutención de menores recibida para todos los niños en el hogar • Desempleo
- Declaración de ganancias del empleador • Estado de cuenta escrito de ganancias en efectivo

Si ninguno de estos se aplica a usted, comuníquese con la oficina de inscripción.

Las solicitudes incompletas **NO se** consideran para la colocación. Por favor, llámenos con cualquier nueva información de contacto.

¡¡NO PODEMOS SERVIRLE SI NO PODEMOS ENCONTRARLO!!



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

Bri O'Brien

Nancy Marx (Habla español)

Dee Cervantes (Habla español)

bobrien@cfsheadstart.org

nmarx@cfsheadstart.org

dcervantes@cfsheadstart.org

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

SOLICITUD PRENATAL CONFIDENCIAL PARA LA INSCRIPCIÓN PY 2025-2026
ESTA SOLICITUD SOLO DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR EL PADRE PRENATAL
¡SOLO BOLÍGRAFO, POR FAVOR!

1. INFORMACIÓN DEL PADRE EMBARAZADA:

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Primero

Segundo

Apellido

DOMICILIO: _____

TELÉFONO PRINCIPAL _____ **H C W** Optar por recibir mensajes de texto: ☐ Si ☐ No

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿TRABAJAS EN HEADSTART O EN UN SOCIO COLABORADOR?? ☐ Si ☐ No

RAZA / ORIGEN ÉTNICO:

☐ Blanco

☐ Amerindio/ Nativo de Alaska

☐ Hispano

☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Otros isleños del Pacífico

☐ asiático

☐ Otro: _____

Linguae Primaria: ☐ inglés ☐ español ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro: _____

Educación

Escuela Primaria Completa: ☐ Si ☐ No alguna universidad o título ☐ Si ☐ No

Recibido: ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ HSED/GED ☐ Ninguno

Grado más alto: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO

¿En qué trimestre del embarazo te encuentras?: ☐ primero ☐ Segundo ☐ Tercera

Fecha del parto: _____

Número de embarazos anteriores (No incluyas tu embarazo actual): _____ Número de nacidos vivos: _____

¿Alguna vez has estado embarazada de embarazos múltiples? ☐ Si ☐ No ¿Está recibiendo atención prenatal?: ☐ Si ☐ No

¿Usted o su médico tienen alguna preocupación con su embarazo?? ☐ Si ☐ No

Preocupaciones: _____

3. INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Raza/Étnico: _____ Hispano: ☐ Si ☐ No

Dirección si es diferente a la familia del niño: _____

Teléfono principal: _____ **H C W** Optar por recibir mensajes de texto: ☐ Yes ☐ No

Teléfono secundario: _____ **H C W** Correo electrónico: _____

Lengua maternal: _____ Escuela Primaria Completa: ☐ Si ☐ No

Recibido: ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ HSED/GED ☐ Ninguno Grado más alto: _____

Alguna universidad o título ☐ Si ☐ No

4. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES BIOLÓGICOS:

☐ Casados/Viviendo Juntos

☐ Legalmente Casado/No Viviendo Juntos

☐ Divorciado

☐ Nunca se han casado/viven juntos

☐ Nunca se han casado/no viven juntos

☐ Viudo

5.

ARREGLO DE VIVIENDA ACTUAL:

☐ Renta ☐ Dueño ☐ Quedarse con la familia/amigos a largo plazo ☐ Casa de acogida ☐ Otro:

☐ No tengo hogar. Significa que se está quedando en un automóvil, parque, campamentos, hotel, refugio de emergencia, vivienda de transición, en la calle o vive con familiares / amigos a corto plazo. **Si no tiene hogar, marque con un círculo cuál se aplica a usted:**

6. ¿TIENES ALGUNA PREOCUPACION FAMILIAR?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Leer | ☐ Escribir | ☐ Los padres tienen/han tenido un IEP |
| ☐ Educación continua | ☐ Transporte | ☐ Parent has a chronic/terminal illness |
| ☐ Salud mental | ☐ No hay suficiente comida en el hogar | ☐ Inestabilidad de la vivienda |
| ☐ Incendio en la casa | ☐ Mudanzas frecuentes (2+ al año) | ☐ Preocupaciones de inmigración |
| ☐ Desempleado / Falta de horas | ☐ Consumo de alcohol / drogas | ☐ Preocupaciones legales |
| ☐ Uno de los padres está encarcelado | ☐ Ambos padres están encarcelados | ☐ Uno o ambos padres han fallecido |
| ☐ Actualmente empleado y con necesidad de cuidado de niños | ☐ Otro: _____ | ☐ Ninguno |

7. ¿CÓMO SUPO DE NUESTROS SERVICIOS?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Guardería | ☐ Nacimiento-3 | ☐ Personal de la escuela |
| ☐ Early Head Start/ Head Start | ☐ Centro de empleo Rock/Walworth Co | ☐ Doctor |
| ☐ Redes Sociales/Internet | ☐ consejero | ☐ Centro de Recursos para Niños de WI |
| ☐ Amigo/Familia | ☐ Programa de Salud Comunitaria/WIC | ☐ Proveedor de servicios para el autismo |
| ☐ Cartelera ☐ Letrero de jardín | ☐ Salud y Servicios Humanos | ☐ Refugio para víctimas de violencia doméstica |

8. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Cuidado de Crianza/Parentesco | ☐ Seguro de Salud (Estatal/Privado) | ☐ Child Support (cualquier niño en el hogar) |
| ☐ Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) | ☐ Suplemento para cuidadores | ☐ Beneficio de Sobreviviente ☐ WIC |
| ☐ W2/ Asistencia en efectivo | ☐ Seguro Social/ Discapacidad (SSDI) | ☐ Asistencia de Luz ☐ Ninguno |
| ☐ Food Share/Food Stamps/ SNAP | ☐ Asistencia para el alquiler (Sección 8) | ☐ Asistencia para el cuidado de niños |

9. PERSONA(S) DE CONTACTO ADICIONAL EN CASO DE QUE NO PODAMOS COMUNICARNOS CON USTED:

1. _____
 Nombre Relación con el niño Teléfono

2. _____
 Nombre Relación con el niño Teléfono

10. NOMBRES DE HERMANOS DEL NIÑO POR NACER EN EL HOGAR:

1. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____
2. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

3. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

4. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

5. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES ANTES DE FIRMAR:

La solicitud no estará completa hasta que tengamos comprobante de ingresos.

El ingreso familiar es el ingreso de los padres biológicos/padres adoptivos o tutores que viven en el hogar. Para fines de inscripción, entiendo que RWCFS Head Start- Early Head Start puede necesitar coordinar la programación con mi distrito escolar local y otros programas de visitas domiciliarias para la colocación. Al firmar, verifico 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 los 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.

FIRMAR Y FECHAR:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Interview: ☐ In Person ☐ Phone Staff Initials: _____ Date: _____

Interview completed with: _____

Documents Received: ☐ Income-Proof of eligibility provided: _____

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