



Rock/Walworth Comprehensive Family Services, INC.  
 Head Start/Early Head Start Application Packet  
**Año Escolar: 25 - 26**

Bienvenido a nuestro Programa Head Start/Early Head Start, gracias por su interés en nuestros servicios. Somos un programa completo de educación / familia en la primera infancia que brinda un ambiente positivo y experiencias de preparación escolar apropiadas para el desarrollo.

La colocación se basa en las necesidades de un niño / familia, no somos un programa por orden de llegada. Se requiere comprobante de ingresos y 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 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 Child Support 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.**

**LISTA DE VERIFICACION PARA EL SOLICITUD**

<b>Solicitud</b> hecha a bolígrafo, firmada/fecha
<b>Entrevista:</b> realizada por el personal en persona o por teléfono
<b>Prueba de ingresos</b> - 2024
<b>Examen físico y dental actual (Para niños a partir de 1 año)</b>
<b>Registro de 4K/P4J</b> – Solo en Beloit & Janesville (4 años a más tardar el 1 de septiembre)

Espere hasta 30 días para procesar la solicitud. Las aplicaciones incompletas no se tienen en cuenta para la colocación. La colocación para el otoño comienza en julio. Comuníquese con nosotros con información de contacto actualizada.

**¡No podemos atender a su hijo si no podemos encontrarlo a usted!**

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

**Bri O'Brien**  
[bobrien@cfsheadstart.org](mailto:bobrien@cfsheadstart.org)

**Nancy Marx (Habla Espanol)**  
[nmarx@cfsheadstart.org](mailto:nmarx@cfsheadstart.org)

**Dee Cervantes(Habla Espanol)**  
[dcervantes@cfsheadstart.org](mailto:dcervantes@cfsheadstart.org)

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





**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN HS/EHS: AÑO ESCOLAR 25-26**  
**LA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA/FIRMADA POR EL/LOS PADRE(S)/TUTOR LEGAL**  
**SOLO USA BOLÍGRAFO, POR FAVOR**

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

Femenino                       Masculino

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

Blanco             Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Negro/Afroamericano    Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico  
 Hispano             asiático             Otro: \_\_\_\_\_

Idioma principal del niño:  inglés     español     Lenguaje de señas americano     Otro: \_\_\_\_\_

Idioma secundario del niño:  inglés     español     Lenguaje de señas americano     Otro: \_\_\_\_\_

Idioma principal en casa:  inglés     español     Lenguaje de señas americano     Otro: \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_

Calle                      Apt/Lot#                      Ciudad    Código Postal                      Condado                      Estado

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

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

Ambos Padres/Misma Casa    Madre     Padre     Padrastro o madrastra legal     Tutor legal     Padre de crianza  
 Pareja del madre o padre    Abuelo(s)     Otro: \_\_\_\_\_  
 Uno de los padres está ausente por servicio militar     La madre está embarazada

**3. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN ACTUAL?**

Renta             Dueño                       Vivir con la familia/amigos a largo plazo             Casa de acogida  
 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:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**RAZA/ÉTNICO:** \_\_\_\_\_  **HISPANO**

**RELACIÓN/ ESTADO:**  Mamá biológica    Papá biológico    Padrastro o madrastra legal    Padres de crianza  
 Guardián    Otro: \_\_\_\_\_ **Custodia:**  Sí    No    Compartido     Soltero    Casado    Divorciado    Separado

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ H C W                      Mensaje de texto:  Sí     No

Dirección si es diferente a la de la familia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria Completa:  Sí    No    Grado más alta completada si no se graduó: \_\_\_\_\_

¿Recibiste (marca todo lo que corresponda):  Diploma de escuela secundaria     HSED/GED    Ninguno

¿Trabaja para HeadStart o para un socio comunitario?    Sí     No

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

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**RAZA/ETNICO:** \_\_\_\_\_  **HISPANO**

**RELACIÓN/ ESTADO:**  Mamá biológica  Papá biológico  Padrastro o madrastra legal  Padres de crianza  
 Guardián  Otro: \_\_\_\_\_ **Custodia:**  Sí  No  Compartido  Soltero  Casado  Divorciado  
 Separado

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ H C W Mensaje de texto:  Sí  No

Dirección si es diferente a la de la familia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria Completa:  Sí  No Grado más alta completad, si no se graduó: \_\_\_\_\_

¿Recibió (marque todo lo que corresponda):  Diploma de escuela secundaria  HSED/GED  Algún título universitario  
 Ninguno

¿Trabaja para HeadStart o para un socio comunitario?  Sí  No

**6. ¿SU HIJO ESTÁ ACTUALMENTE EN?**

Nacimiento-3  Primera Infancia/Educación Especial  Servicios para el autismo (WEAP, Caravel, etc.)  Early Head Start

Otros programas de visitas domiciliarias:  Guardería  3K Programa  Ninguno

¿Su hijo estuvo en la lista de espera el año pasado??  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué estado/condado? \_\_\_\_\_

**7. ¿SU HIJO TIENE ACTUALMENTE?**

No  Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)  Individual Education Plan (IEP)

¿Qué servicios están recibiendo? (Marque todo lo que corresponda)

- Habla/Lenguaje  Servicios de Nacimiento-3  
 Terapia ocupacional  Fisioterapia  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué servicios están recibiendo?:

- Habla/Lenguaje  Primera infancia  
 Terapia ocupacional  Fisioterapia  
 Otro: \_\_\_\_\_

**8. ¿LE PREOCUPA ALGUNO DE LOS SIGUIENTE ACERCA DE SU HIJO?**

- Aprendizaje  Habla/Lenguaje  físico  interactuar en un grupo  
 Salud  visión  Oído/ Escuchando  Ninguno

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

- Leer  Escritura/escribir  Los padres tienen/han tenido un IEP  
 Educación continua  Transportación  Inestabilidad de la vivienda  
 Salud Mental  No hay suficiente comida en el hogar  
 Incendio del hogar  Mudanzas frecuentes (2+ al año)  Preocupaciones de inmigración  
 Desempleo / No suficientes horas  Uso de alcohol / drogas  Preocupaciones legales  
 Uno de los padres está encarcelado/a  Ambos padres están encarcelados  Uno o ambos padres han fallecido  
 Actualmente empleado y con necesidad de cuidado de niños  
 Otro: \_\_\_\_\_  Ninguno  Un padre tiene una enfermedad crónica/terminal

**10. ¿CÓMO TE ENTRASTE DE NUESTRA PROGRAMA? (elija uno)**

- Guardería  Nacimiento-3  Personal de la escuela  
 Early Head Start/ Head Start  Centro de empleo Rock/Walworth Co  Doctor

- Redes Sociales/Internet
- Amigo/Familia
- Cartelera
- Letrero de jardín
- consejero
- Programa de Salud Comunitaria/WIC
- Salud y Servicios Humanos
- Centro de Recursos de WI para niños
- Proveedor de servicios para el autismo
- Refugio para víctimas de violencia doméstica

**11. ¿LA FAMILIA RECIBE ACTUALMENTE DE LOS SIGUIENTES? (marque todo lo que corresponda)**

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

**12. 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

**13. A NOTA LOS HERMANOS DEL NIÑO QUE VIVEN ACTUALMENTE EN EL HOGAR:**

- 1. \_\_\_\_\_  Masculino  Female 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.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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.

**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

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

**Notes:**