



ROCK-WALWORTH HEAD START/EARLY HEAD START

APLICACIÓN PRENATAL- Año de programa 2026-2027

Gracias por tu interés en Early Head Start.

Un embarazo saludable ayuda a que los bebés crezcan y se desarrollen bien. Early Head Start apoya a los padres embarazados y a sus familias lo antes posible, para que los niños tengan el mejor comienzo posible en la vida.

Ofrecemos servicios durante el embarazo y hasta que tu hijo cumpla tres años. Lo que ocurre durante el embarazo puede afectar a la salud y al aprendizaje de tu hijo tras el nacimiento.

Nuestro programa de visitas a domicilio ayuda a las familias a aprender sobre:

- Embarazos saludables y partos seguros
- Cuidado de padres y bebés tras el nacimiento
- Involucrar a padres y parejas en la vida de un niño
- Cuidado amoroso y receptivo para los bebés

Pueden estar disponibles doulas certificadas para apoyar a padres embarazados y posparto. (Este servicio solo está disponible en el condado de Rock y el espacio es limitado.)

TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

SOMOS UN PROGRAMA BASADO EN INGRESOS Y NECESITAREMOS TUS INGRESOS DE 2025:

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

Ejemplo: carta de concesión o estado de cuenta actual.

► SSI ► W2 Asistencia en efectivo ► Cupones de alimentos/Food Share ► Acogida / Cuidado de parentesco

Si ninguna de estas opciones se aplica a ti, por favor envía una copia de todos los ingresos que se aplican a continuación:

- 2025 Declaración Impuestos • 2025 W2 Declaración del empleador • SSDI • Suplemento del Guardián
- 2025 Manutención infantil recibida para todos los niños en el hogar • Desempleo
- Estado de ingresos del empleador • Estado escrito para ganancias en efectivo

Si ninguna de estas opciones te afecta, por favor contacta con la oficina de inscripción.

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



¡¡NO PODEMOS ATENDERTE SI NO TE ENCONTRAMOS!!

Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda con cualquier cosa, por favor llámanos o envíanos un correo electrónico:

Bri O'Brien

bobrien@cfsheadstart.org

Nancy Marx

nmarx@cfsheadstart.org

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

SOLICITUD CONFIDENCIAL PRENATAL PARA LA INSCRIPCIÓN PY 2026-2027
ESTA SOLICITUD SOLO DEBE SER RELLENADA Y FIRMADA POR EL PROGENITOR PRENATAL
¡SOLO BOLÍGRAFO, POR FAVOR!
1. INFORMACIÓN SOBRE PADRES EMBARAZADOS:

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

First

Last

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: _____

TELÉFONO PRINCIPAL _____ H C W Opta por recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿TRABAJAS EN HEAD START O CON UN SOCIO COLABORADOR? ☐ Sí ☐ No

ANTECEDENTES RACIALES/ÉTNICOS:

☐ Blanco ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Hispano

☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano nativo/Otros isleños del Pacífico ☐ Asiático

☐ Otro: _____

Lengua primaria: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lengua de signos americana ☐ Otro: _____

Educación Terminó la Escuela Primaria: ☐ Sí ☐ No
Recibido: ☐ High School Diploma ☐ HSED/GED ☐ Ninguno Grado mas alto que cumplio: _____
Algún colegio o título ☐ Sí ☐ No

2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO

¿En qué trimestre de embarazo estás? ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° Fecha de parto: _____
Número de embarazos anteriores (No incluyas tu embarazo actual): _____ Número de nacimientos vivos: _____
¿Alguna vez has estado embarazada de varios? ☐ Sí ☐ No ¿Estás recibiendo atención prenatal?: ☐ Sí ☐ No
¿Tú o tu médico tenéis alguna preocupación sobre vuestro embarazo? ☐ Sí ☐ No
Preocupaciones: _____

3. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO PADRE

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Raza/Etnia: _____ Hispano: ☐ Sí ☐ No

Dirección si es diferente a la de la familia del niño: _____

Teléfono principal: _____ Home Cell Opta por recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No

Teléfono secundario: _____ Home Cell Work Email: _____

Lengua primaria: _____ Terminó la Escuela Primaria: ☐ Sí ☐ No

Recibido: ☐ High School Diploma ☐ HSED/GED ☐ Ninguno Grado más alto cumplio: _____

Algún colegio o título ☐ Sí ☐ No

4. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES BIOLÓGICOS:

☐ Casados/Viviendo juntos ☐ Legalmente casados/No viviendo juntos ☐ Divorciados
☐ Nunca casados/viviendo juntos ☐ Nunca casados/no vivimos juntos ☐ Viuda

5. SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA:

☐ Renta ☐ Dueño ☐ Quedarse a largo plazo con familia o amigos (6 meses+) ☐ Acogida

☐ Otro: _____

☐ Estoy sin hogar. Marke si te alojas en un coche, parque, acampada, hotel, refugio de emergencia, vida transitoria, en la calle o vives con familiares/amigos a corto plazo. **Si no tienes hogar, por favor marca cuál te corresponda:**

Deleted:

Deleted:

6. ¿TIENES ALGUNA PREOCUPACIÓN SOBRE LOS PADRES O TUTORES?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Inestabilidad de la vivienda | ☐ Lectura/Escritura | ☐ Educación Continua |
| ☐ Enfermedad crónica/terminal | ☐ Mi padre tenía un IEP en el instituto | ☐ Consumo de alcohol/drogas |
| ☐ No hay suficiente comida en casa | ☐ Ambos padres están encarcelados | ☐ Violencia doméstica |
| ☐ Preocupaciones sobre la inmigración | ☐ Cuestiones legales | ☐ Un progenitor encarcelado |
| ☐ Desempleados | ☐ Uno o ambos padres fallecidos | ☐ Barrera lingüística |
| ☐ No hay acceso a atención médica ni dental | | ☐ No hay acceso constante al transporte |
| ☐ Actualmente empleado y necesito cuidado infantil | ☐ Otro: _____ | |
| ☐ Ninguno | | |

7. ¿CÓMO SUPISTE DE NOSOTROS?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Guardería | ☐ Birth-3 | ☐ Personal del colegio |
| ☐ Early Head Start/ Head Start | ☐ Job Center Rock/Walworth Co | ☐ Doctor |
| ☐ Redes sociales/Internet | ☐ Consejero | ☐ Children's WI Resource Center |
| ☐ Amigo/Familia | ☐ Community Health Program/WIC | ☐ Proveedor de servicios para el autismo |
| ☐ Cartelera ☐ Cartel de jardín | ☐ Salud y Servicios Humanos | ☐ Refugio para víctimas de violencia doméstica |

8. ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (Marque todo lo que aplica)

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| ☐ Foster/Kinship Care | ☐ Seguro de salud (Estado/Privado) ☐ Manutención de los hijos (cualquier niño en casa) | | |
| ☐ Supplemental Security Income (SSI) | ☐ Caretaker Supplement | ☐ Beneficio para supervivientes | ☐ WIC |
| ☐ W2/ Asistencia en efectivo | ☐ Seguridad Social/ Discapacidad (SSDI) | ☐ Asistencia energética | |
| ☐ Food Share/Cupones de alimentos/ SNAP | ☐ Asistencia para el alquiler (Section 8) | ☐ Childcare Assistance | ☐ Ninguno |

9. CONTACTO ADICIONAL PERSONA(S) EN CASO DE QUE NO PODAMOS LOCALIZARLE:

1. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono
2. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

10. LISTA DE HERMANOS DEL NIÑO NO NACIDO EN EL HOGAR:

- | (Primero) | (Apellido) | (Relación con el niño) | |
|-----------|------------|------------------------|---|
| 1. _____ | | | ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____ |
| 2. _____ | | | ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____ |
| 3. _____ | | | ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____ |
| 4. _____ | | | ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____ |
| 5. _____ | | | ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____ |

POR FAVOR, LEE EL DECLARACIONES A CONTINUACIÓN CON CUIDADO ANTES DE FIRMAR:

La solicitud no se considerará completa hasta que tengamos prueba de ingresos.

La renta familiar es la renta del progenitor o padres biológicos, progenitor(es) adoptivo(s) o tutor(es) legal(es) que viven en el hogar. Para fines de matrícula, 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 los servicios. Firmando, verifico que la información proporcionada es correcta y completa según mi conocimiento. Además, entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas, mi familia puede dejar de ser elegible para los servicios.

Cláusula no discriminatoria: La política de Head Start y Head Start Anticipado de RWCFS no discriminará por motivos de raza, sexo, edad, color, origen nacional, religión o discapacidades en la prestación de servicios y empleo.

FIRMA Y FECHA:

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: _____

INCOME POINTS:

TOTAL POINTS:

DATA ENTERED BY:

REVIEWED BY: