



Inscripción – Solicitud

Revisado 01/20/2017

Por favor asegúrese de contestar completamente todas las preguntas. Preguntas no contestadas podrían afectar la elegibilidad y el estatus de su solicitud. Las solicitudes deben ser devueltas EN PERSONA y pasar por una entrevista.

Las leyes Federales, requieren que verificamos la elegibilidad de todas las familias, antes de ser consideradas para formar parte del programa Head Start. Sólo UNA copia de los siguientes documentos que se enuncian a continuación deberá ser entregada con la solicitud. Por favor no envíe originales (SOLO COPIAS).

Documentos Aceptables para verificar la elegibilidad: (consulte reglamentos del programa a continuación)

- * **Cuidado adoptivo temporal/Subsidio de Adopción** (Documentación que el niño está en hogar de acogida)
- * **Ingreso de suplemento seguro** (Algún miembro de la familia)
- * **Wisconsin Works TANF program/Wisconsin Trabaja Programa de TANF** (Programa de W-2)
- * **Asistencia de Guardería** (Para el niño)
- * **Job Access Loans** (Prestamos para Acceso a Trabajo) JAL's (TANF)
- * **WI Earned Income Tax Credit** (Crédito de Ingresos) (Formas de impuestos de Wisconsin SOLAMENTE)
- * **Children First** (Niños Primeros) (TANF)
- * **Caretaker Supplement** (Suplemento de Cuidador) (TANF)
- * **Kinship Care** (Cuida de Parentesco) (TANF)
- * **Asistencia de Emergencia** (TANF)

O cualquier otro **beneficio TANF** que la familia puede recibir.

(Use alguno de los siguientes si no recibe asistencia pública)

- * **El más reciente formulario de Impuestos de WI y formularios de impuestos federales** (Solamente paginas 1,2,3)
- * **El más reciente W-2 Ganancias y Declaración de Impuestos**
- * **TODOS los talones de Cheque de Pago de Nómina de los 12 meses anteriores**
- * **Declaraciones de Ganancias Escrito por Patrón dentro de los 12 meses anteriores**

Si tiene alguna duda, llámenos por favor. La elegibilidad en el Programa Head Start se basa en la asistencia pública que se recibe, el ingreso bruto familiar, el tamaño de la familia y otros factores determinantes. La inscripción en el programa es limitada. Head Start atiende a niños entre 3 y 5 años de edad.

Regulaciones Federales del Programa de Head Start

1305.2 (e) Define familia como todas las personas que viven en el mismo domicilio quienes son:

- a: apoyado por las ganancias de los padre(s) o guardiana(s) del niño inscribiendo o participando en el programa, y
- b: relacionado a los padre(s) o guardiana(s) por sangre, matrimonio, o adopción.

1305.4(c) El ingreso de la familia tiene que ser verificado por el programa de Head Start antes de determinar que un niño sea elegible para participar en el programa.

1305.4 (d) Verificación tiene que incluir exanimación de uno de los siguientes: Formulario 1040 Impuestos de Ingreso Individual, Formularios de W-2, talón de cheque, el sobre de pago, declaración escrita por el patrón **O** documentación mostrando estatus como destinatarios de asistencia pública.

1305.4 (e) Una declaración firmada por un empleado del programa de Head Start, identificando cuál de estos documentos fue examinado y declarando que el niño es elegible para participar en el programa, se archivará para indicar que se ha hecho la verificación de ingreso.

Se retendrán copias de los documentos. Actualmente no se requieren ni los Certificados de Nacimiento ni los Números de Seguro Social. Se puede bloquear esta información en cualquier documento.

Teacher use only: Returning Student from _____ Sibling to _____

Favor de asegurarse de contestar completamente TODAS las preguntas. Las preguntas incompletas podrían afectar el estatus de la inscripción de su niño.

Nombre del Niño: _____ (Sobrenombre) _____ Sexo del Niño: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Celular o Casa optar en por mensajes de texto
(MM/DD/YYYY)

Dirección: (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Código ZIP): _____

Dirección de correo si es diferente de donde están viviendo: _____

Indicaciones para llegar al domicilio: (Si es un sitio rural) _____

El servicio del transporte depende de varios factores. Si el transporte está disponible, ¿requiere su niño este servicio? Si No

Si contestó sí, el bus pasará por su niño en _____ y dejará a su niño en _____
(Dirección, Ciudad y Estado) (Dirección, Ciudad y Estado)

Según la disponibilidad de las clases; Ud. prefiere: Center Base (Lunes a Jueves) Clase Matutina Clase de la tarde Todo el día (no hay transporte)

Programa Basado en Casa (1 ½ hr visita de casa en la casa and 3 ½ hr clase en Viernes)

¿Cómo se enteró Ud. del programa Head Start? _____

Grupo Étnico del Niño: (Marque Una)
 Hispano o Latino No-Hispano

Raza del Niño: (Marque Una)
 Nativo Americano o Nativo de Alaska
 Asiática
 Dos-Razas/Raza-Múltiple
 Negra o Afro-Americano
 Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
 No Específica
 Blanca
 Otra (Nómbrela) _____

Primer Idioma Hablado por el Niño: Ingles Hmong Español
 Otra (Nómbrela) _____
Competencia en Ingles: Nada Poco Moderado Competente
¿Necesita Intérprete para niño/a? Si No

Nombre del Cuidador del Niño: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Celular:** _____
Tipo de Guardería: Día Completo Medio Día __ AM __ PM

¿Tiene Ud. alguna preocupación acerca del desarrollo de su niño (lenguaje, vista, audición, etc)? Sí No
Explique por favor: _____

¿Recibe su niño atención/servicios escolares en cuanto a uno de los siguientes?:
 Escuela Publico Pre-K Lugar: _____ * Terapia Física Lugar: _____
 * Educación en Primera Infancia Lugar: _____ *Terapia Ocupacional Lugar: _____
 * Terapia de Habla/Lenguaje Lugar: _____ Otra: _____

*** Deberá adjuntar la más reciente documentación de discapacidad o IEP con esta solicitud**

¿Tiene su niño alguna condición médica diagnosticada o necesidades médicas especiales? Sí No
Enliste: _____

¿Tiene su niño alguna alergia? (medicamentos, comida, otras sustancias, etc.) Sí No
Enliste: _____

¿Cuántas veces se ha mudado de casa la familia durante los últimos 12 meses? _____

Situación actual de vida del solicitante/ familia: (Compruebe todos los que son pertinentes)

- A. Tiene casa propia
- B. Alquila
Sí "C" - "G" está marcada a continuación, incluya la fecha del comienzo de esta situación de vida: ____/____/____
- C. Se aloja en un refugio (vivienda familiar, refugio de violencia doméstica, refugio de la juventud) o un remolque de FEMA
- D. El solicitante espera el cuidado adoptivo
- E. Uso compartido de la vivienda de otra persona debido a la pérdida de la vivienda, las dificultades económicas o razón similar
- F. Refugiándose en un coche, parque, parque de camping, edificio abandonado, u otros alojamientos inadecuados
- G. Temporalmente viviendo en un motel u hotel debido a la pérdida de la vivienda, las dificultades económicas o razón similar

Tipo de Familia: (Marque Uno)

(2) Madre y Padre (1) Madre o Padre Custodia Compartido

Número Total de Miembros de la familia que usted mantiene:

Adultos # Niños

Información del Responsable Femenino del Niño

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Casada Soltera

Raza: (Marque Una)

- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asiática
- Dos-Razas/Raza-Múltiple
- Negra o Afro-Americano
- Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
- No Específica
- Blanca
- Otra (Nómbrela) _____

Padre Adolescente (Cuando Nació Su Hijo) Sí No

Relación con el Niño: _____

Custodia: Sí No

Vive con Familia: Sí No

Dirección del Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____ Ext. _____

Estatus de Empleo: (Marque Por favor)

- Tiempo Completo (35 hr +)
- Empleado Medio Tiempo
- Tiempo Completo y entrenamiento
- Medio Tiempo y entrenamiento
- Trabajador Temporero
- Entrenamiento o Escuela
- Desempleado
- Discapacitado
- Desempleado
- Retirado
- Ama de casa
- Padre custodial esta Encarcelada
- Madre/Guardiana que trabaja fuera de los Estados Unidos

Estudios:

- Título de Asociado Menos que año 9
- Licenciatura Año 10
- Maestría Año 11
- Entrenamiento/escuela Año 12
- GED Graduado de la Preparatoria

Primer Idioma: _____

¿La Guardián Femenina se necesita Intérprete? Sí No

Miembro del Servicio Militar:

Información del Responsable Femenino del Niño

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Casada Soltera

Raza: (Marque Una)

- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asiática
- Dos-Razas/Raza-Múltiple
- Negra o Afro-Americano
- Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
- No Específica
- Blanca
- Otra (Nómbrela) _____

Padre Adolescente (Cuando Nació Su Hijo) Sí No

Relación con el Niño: _____

Custodia: Sí No

Vive con Familia: Sí No

Dirección del Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____ Ext. _____

Estatus de Empleo: (Marque Por favor)

- Tiempo Completo (35 hr +)
- Empleado Medio Tiempo
- Tiempo Completo y entrenamiento
- Medio Tiempo y entrenamiento
- Trabajador Temporero
- Entrenamiento o Escuela
- Desempleado
- Discapacitado
- Desempleado
- Retirado
- Ama de casa
- Padre custodial esta Encarcelada
- Madre/Guardiana que trabaja fuera de los Estados Unidos

Estudios:

- Título de Asociado Menos que año 9
- Licenciatura Año 10
- Maestría Año 11
- Entrenamiento/escuela Año 12
- GED Graduado de la Preparatoria

Primer Idioma: _____

¿La Guardián Femenina se necesita Intérprete? Sí No

Miembro del Servicio Militar:

Miembros adicionales del hogar

(Adultos y niños viviendo en el hogar)

Relación con el Niño

Edad

Fecha de Nacimiento

Sexo

(M/F)

Máximo nivel de educación

(Nivel completado/ o actual)

Miembros adicionales del hogar	Relación con el Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Máximo nivel de educación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(Si hay miembros adicionales - continúe al lado dorso)

- Asistencia Pública/TANF/Wisconsin Works (W2)
- Asistencia de Guardería/Subsidio
- Ingreso de Seguridad Suplemento (SSI) Niño Padre
- Abuelo/Guardián (de crianza del niño)
- No impuestos presentados en el año fiscal anterior

- WI Crédito por Ingreso
- WIC
- * Referencias médicas, servicios humanos o del distrito escolar (LEA) (*Deberá Proporcionar Documentación)
- SNAP (Programa de asistencia de Nutrición Complemento)/Tarjeta de comida

\$ _____ Ingresos Bruto Total Exacto de Impuestos Federales 1040 (REQUERIDO)

Declaro que la Información que he presentado en esta solicitud es verdad, correcta, y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Office Use Only Box Revised 01/2015sh
Accepted Date: _____
Center: _____
By OM: _____

Por favor devuelva esta solicitud y materiales de elegibilidad EN PERSONA
También TENEMOS LA OBLIGACIÓN de hacer una entrevista PERSONA EN con todos los solicitantes