



Solicitud de inscripción

Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas completa y minuciosamente. Las preguntas incompletas podrían afectar su estado de inscripción. Las solicitudes DEBEN ser devueltas en persona ya que se requiere una entrevista.

Las regulaciones federales requieren la verificación de la elegibilidad de la familia antes de ser considerados para la inscripción en Head Start. Se debe enviar una copia de la lista a continuación con la solicitud de inscripción. (SOLO COPIAS)

Formas aceptables de verificación de elegibilidad (consulte las normas del programa a continuación)

- *Cuidado de crianza/Subsidio de adopción (documentación de que el niño está en cuidado de crianza)
- *Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI - para cualquier miembro de la familia)
- *Wisconsin Works (programa W-2)
- *Asistencia para el cuidado de niños (TANF)
- *Préstamos de Acceso al Empleo JALS (TANF)
- *Crédito fiscal por ingreso del trabajo de WI (SOLO formularios de impuestos de WI) (TANF)
- *Los niños primero (TANF)
- *Suplemento de cuidador (TANF)
- *Cuidado de parientes (TANF)
- *Asistencia de emergencia (TANF) o cualquier otro beneficio de TANF que la familia pueda recibir
- *Foodshare (documentación en papel del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria de WI (**NO** se aceptan tarjetas)

(use uno de los siguientes si no recibe asistencia pública)

- *Formularios de impuestos sobre la renta de WI más recientes Y Formularios de impuestos federales (Copia de las primeras 2 páginas de los formularios de impuestos federales y estatales)
- *Declaración de salarios e impuestos W-2 más reciente
- *Todos los talones de cheques de nómina de los últimos 12 meses
- *Declaraciones de salarios por escrito del empleador dentro de los últimos 12 meses

Servicios de Early Head Start

La inscripción en Early Head Start está disponible. Para calificar para los servicios, una familia debe demostrar la necesidad de cuidado infantil ya sea por tener una discapacidad diagnosticada o por trabajar o asistir a la escuela/entrenamiento. Se debe proporcionar verificación de la necesidad, el tamaño de la familia y los ingresos. Luego, la agencia determinará su elegibilidad para los servicios de Early Head Start. Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame al (608)785-2070 o llévela a nuestra oficina.

Regulaciones del programa federal Head Start

- 1305.2: Define familia como todas las personas que viven en el mismo hogar y que son:
 - a. respaldado por los ingresos de los padres o tutores del niño que se inscribe o participa en el programa, y
 - b. relacionado con los padres o tutores por sangre, matrimonio o adopción
- 1302.12 (i)(1) Para verificar la elegibilidad en función de los ingresos, el personal del programa debe usar formularios de impuestos, talones de pago u otra prueba de ingresos para determinar los ingresos de la familia durante el período de tiempo correspondiente.
- 1302.12(i)(1)(ii) Si la familia no informa ingresos durante el período de tiempo relevante, un programa puede aceptar la declaración firmada de la familia a tal efecto, si el personal del programa describe los esfuerzos realizados para verificar los ingresos de la familia y explica cómo se calculó el ingreso total de la familia o se busca información de terceros sobre la elegibilidad de la familia.
- 1302.12 (i)(2) Para verificar si una familia es elegible para, o en ausencia de cuidado infantil, sería potencialmente elegible para recibir asistencia pública, el programa debe tener documentación de la agencia de asistencia pública estatal, local o tribal que muestra que la familia recibió asistencia pública o que la familia es potencialmente elegible para recibir asistencia pública.

La elegibilidad para el programa Early Head Start o Head Start se basa en la asistencia pública recibida, el ingreso bruto del hogar, el tamaño de la familia y otros factores determinantes. La inscripción en Early Head Start y Head Start es limitada. Head Start atiende a niños de 1 a 5 años.

Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas completa y minuciosamente. Las preguntas incompletas podrían afectar el estado de inscripción de su hijo.

Al servicio de niños y familias en La Crosse, Onalaska, Tomah, Sparta, Westby y Prairie du Chien
"IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN PROGRAMACIÓN Y EMPLEO"

Teacher use only: Returning Student from _____ Sibling to _____

Solicitud de Early Head Start o Head Start (3-5 años)

Nombre y apellido del niño: _____ (Apodo) _____ Sexo del Niño: Masulino Femenina

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Celular Casa

Dirección de vivienda del niño: (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Código) _____

Dirección postal si es diferente a la actual: _____

El transporte en autobús depende de muchos factores. Si hay transporte disponible, ¿su hijo necesitaría transporte?? Si No

Si es así, recoger de _____ y dejar en _____
(Dirección) (Dirección)

Siempre que haya disponibilidad, prefiere: Center Bases (Lunes-Jueves) Soy clase Clase de la tarde Día completo/EHS (sin transporte)

Si es elegible para Pre-K, permiso para coordinar los servicios con el distrito escolar? Si No

¿Cómo se enteró del programa Early Head Start o Head Start? _____

Etnicidad del niño: (Marque Una)

Hispano o Latino No-Hispanic

Child's Race: (Mark One)

Nativo Americano o Natvio de Alaska Asiatica

Dos-Razas/Raza-Multiple Blanca

Nega o Afro-Americano

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Otra (debe tener en cuenta) _____

Idioma principal del niño que se habla en el hogar:

Engles Hmong

Espanol Otro (lista) _____

Dominio del Inglés:

Ninguno pequeno

Moderado Competente

¿Se necesita un intérprete para el niño?

Si

No

¿Le preocupa el desarrollo de su hijo (habla, visión, audición, etc.)? Si No

Por favor explique: _____

¿Está su hijo recibiendo servicios de Birth to Three o School para cualquiera de los siguientes?:

- Nacimiento a tres Terapia ocupacional Ubicación: _____
- Prekínder de escuela pública Ubicación: _____ Terapia del habla/lenguaje Ubicación: _____
- NIñez temprana Ubicación: _____ Terapia física: _____
- Otro : _____

**** Debe presentar el IFSP/IEP de discapacidad actual con esta solicitud ****

¿Su hijo tiene alguna condición médica diagnosticada o necesidades médicas? Si No

Lista: _____

¿Su hijo tiene alergias?? (Medicamentos, alimentos, otras sustancias, etc..) Si No

Lista: _____

El número de veces que su familia se ha mudado en los últimos 12 meses. _____

Situación de vivienda actual del solicitante/familia: marque todo lo que corresponda.

- Propia casa
- Alquilar

Si C-G está marcado a continuación, incluya la fecha en que comenzó esta situación de vivienda: ____/____/____

- Alojarse en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica,) o remolque FEMA
- Solicitante en espera de colocación en cuidado de crianza
- Compartir la vivienda de otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razón similar
- Vivir en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado
- Vivir temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares

Tipo de familia: (marque todo lo que corresponda) Dos padres Un padre La custodia compartida**Información de la tutora femenina**

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Casado Soltera**Raza: (Marca uno)**

- India americana o nativa de Alaska Asiática
 Birracial/Multirracial Blanca
 Negra o afroamericana
 Nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico
 Otro (debe tener en cuenta) _____

Etnicidad del guardián Hispana o latina Hispana o latinaPadre adolescente (en el momento del nacimiento del niño) Si No

Relación con la niña: _____

Custodia: Si NoVive con un niño: Si NoProporciona apoyo financiero: Si No

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Celúla: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Teléfono del empleador: _____ Ext. _____

Situación laboral: (por favor marque)

- Tiempo completo (35 horas +) Empleado a tiempo parcial
 Trabajadora de temporada Formación profesional
 Desempleadas Jubilada
 Desactivada Quedarse en casa madre
 Escuela Padre con custodia encarcelado

Educación: (marque el grado más alto completado)

- Asociada menos de grado 9
 Licenciatura Grado 10
 Maestría Grado 11
 GED Grado 12
 Graduado de preparatoria

Idioma principal hablado: _____

¿Se necesita un intérprete para la tutora femenina? Si No Militar en servicio activo**Número total de miembros de la familia en el hogar que usted mantiene::** # Adultos # Niños**Información del tutor masculino**

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Casado Soltero**Raza: (Marca uno)**

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Birracial/Multirracial Blanco
 Negro o afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
 Otro (debe tener en cuenta) _____

Etnicidad del guardián Hispano o latino Hispano o latinoPadre adolescente (en el momento del nacimiento del niño) Si No

Relación con el niño: _____

Custodia: Si NoVive con un niño: Si NoProporciona apoyo financiero: Si No

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Celúla: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Teléfono del empleador: _____ Ext. _____

Situación laboral: (por favor marque)

- Tiempo completo (35 horas +) Empleado a tiempo parcial
 Trabajador de temporada Formación profesional
 Desempleados Jubilado
 Desactivado Quedarse en casa padre
 Escuela Padre con custodia encarcelado

Educación: (marque el grado más alto completado)

- Asociada menos de grado 9
 Licenciatura Grado 10
 Maestría Grado 11
 GED Grado 12
 Graduado de preparatoria

Idioma principal hablado: _____

¿Se necesita un intérprete para el tutor masculino? Si No Militar en servicio activo

Miembros adicionales del hogar que mantiene.

*(Si hay miembros adicionales, continúe en el reverso de esta página)

Relación con el niño

Edad

Fecha de nacimiento

Sexo (M/F)

El mas alto nivel de educación

(Grado completado/actual)

** ¿Alguien en el hogar está embarazada?? Si No

- Asistencia Pública/TANF/Wisconsin Works (W2)
 Asistencia/subsidio para el cuidado de niños
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Niño Padre/Madre
 SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)/Compartir Alimentos)
 Crédito tributario por ingreso del trabajo de WI

- WIC
 Solicitante de crianza de abuelo/tutor
Referencia médica, de servicios humanos, del distrito escolar
(LEA)Referral (*Documentation must be provided)

Por la presente declaro que la información proporcionada por mí en esta solicitud de inscripción es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Devuelva esta solicitud y los materiales de elegibilidad EN PERSONA. También estamos OBLIGATORIOS para hacer una ENTREVISTA EN PERSONA con todos los solicitantes.

Office Use Only

Accepted Date: _____

Center: _____

By: _____

revised 07/2023