



2096 Red Arrow Trail  
Madison, WI 53711

Tel: (608) 275-6740  
Fax: (608) 275-6756  
[www.reachdane.org](http://www.reachdane.org)

## Solicitud de Inscripción

### Head Start Early Head Start Cuidado de Niños

Estimado Padre/Guardián:

¡Gracias por su interés en Reach Dane! Reach Dane es una agencia con fondos federales que ofrece servicios de Head Start y Early Head Start para familias de bajos ingresos en los condados de Dane y Green. Reach Dane ofrece servicios a niños de 0 a 5 años a través de programas basados en nuestros centros y/o en el hogar.

Se **requiere** una prueba de ingreso para determinar la elegibilidad para Head Start y Early Head Start y es una parte del proceso de solicitud. Por favor complete la solicitud adjunta y envíela y prueba de ingresos a:

Reach Dane  
2096 Red Arrow Trail  
Madison, WI 53711  
Attn: Enrollment

Fax (608) 275-6756 a la atención de: Enrollment

E-Mail: [Enrollment@reachdane.org](mailto:Enrollment@reachdane.org)

#### Ejemplos de comprobante de ingresos aceptables:

- Una copia de su declaración de impuestos federales (1040) de 2025
- 2025 W-2 (Declaraciones de impuestos de todos los empleadores)
- Talón de cheque de pago de su trabajo actual
- Documentación de SSI
- Talón de cheque del beneficio de desempleo
- Beneficios de W-2 (TANF)
- Pagos de Foster Care o Kinship Care para el niño Solicitante
- SNAP (estampillas de comida)

¡Llámenos al **(608) 275-6740** si tiene alguna pregunta o dudas!

Tenga en cuenta que las solicitudes se procesan durante todo el año escolar. Por favor, póngase en contacto con nosotros con cualquier cambio en la dirección y/o número de teléfono para que podamos seguir estando en contacto. ¡Gracias por su interés en Head Start / Early Head Start!

Sinceramente,

Personal de Inscripción de Reach Dane

### **Paso 1) Complete la solicitud**

Si tiene más de un hijo que desea inscribir, puede agregar al solicitante adicional en la solicitud en la sección de Ubicaciones.

### **Paso 2) Envíe la solicitud**

Para completar su solicitud, envíe su formulario completo utilizando uno de los siguientes métodos:

- Solicitud en línea: envíe el documento PDF completo por correo electrónico a enrollment@reachdane.org.
- Solicitud impresa:
- Correo electrónico: escanee y envíe un correo electrónico a enrollment@reachdane.org.
- Correo: envíe a 2096 Red Arrow Trail, Fitchburg, WI 53711.
- Fax: envíe al 608-275-6756 (Attn: Enrollment).

### **Paso 3) Envíe la documentación**

• Verificación de ingresos (los dos últimos talones de pago si actualmente está trabajando y una copia de cualquier otro ingreso recibido, o una copia de los beneficios de SSI; ninguno de estos aplica si está sin hogar). **Si necesita ayuda con la documentación, llámenos directamente.**

- Se requiere un subsidio para el cuidado infantil si se busca un programa presencial de jornada completa.
- Las fotos de verificación de ingresos pueden enviarse por correo electrónico o mensaje de texto:
- Correo electrónico: enrollment@reachdane.org
  - Fax: (608) 275-6756 Attn: Inscripción
  - Fotos de texto: (608) 576-1135 o (608) 400-1388
  - Dirección postal para la solicitud firmada: Reach Dane (Attn: Enrollment) 2096 Red Arrow Trail Madison, WI 53711
  - Las solicitudes firmadas y la verificación de ingresos también pueden dejarse en un lugar cercano a usted. Vea las ubicaciones aquí

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### Head Start, Early Head Start, Y Cuidado de los Niños

Aceptación a Early Head Start y/o Head Start está basado en los ingresos y necesidades del niño y la familia, y no en base de primer llegado primer servido. Explique su necesidad en detalle.

Solicitante:	marque lo que se aplica	Madre Embarazada	Niño				
<b>INFORMACIÓN DEL NIÑO:</b>							
Nombre Legal del Niño:		(Apellido Paterno): _____	(Apellido Materno): _____				
		(Primer Nombre): _____	(Segundo Nombre): _____				
Fecha De Nacimiento:	_____ / _____ / _____	mes	Sexo: Masculino      Femenino				
día	año						
Raza Del Niño:	Native Americano o Native de Alaska	Asiático	Negro/Africano Americano				
que apliquen	Hawaiano/de las Islas del Pacifico	Birracial/Multiracial	Otro: explique _____				
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino					
Idioma Principal Del Niño:	Inglés	Español	Hmong				
Otro:	explique _____						
¿Habla Inglés?	Sí	No	Poco				
¿Recibe su niño Asistencia Medica?	Sí	No	# de Asistencia Medica/Tarjeta Forward: _____				
¿Tiene su niño Seguro Medico Privado?	Sí	No	Proveedor: _____				
Dirección de Domicilio:	Ciudad: _____		Código Postal: _____				
Dirección Postal (si es diferente de la vivienda):	Ciudad: _____		Código Postal: _____				
El niño vive con:	<input type="checkbox"/> Los Padres	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre				
	<input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo	<input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre del Padre/Guardián Principal:	(Apellido): _____	(Primer Nombre): _____	Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____				
Relación con el niño:	Madre	Padre	Padrastro	Cuidado Adoptivo	Guardián	Otro: explique _____	
Dirección (si es diferente de la del niño):	Ciudad: _____		Código Postal: _____				
Numero de Teléfono:	Casa ( ) _____	Celular ( ) _____	Trabajo ( ) _____				
Email:	Actualmente embarazada? Sí No N/A Sí es, fecha de parto: _____						
¿Tiene cobertura médica/seguro de salud?	Sí No						
Raza:	Native Americano o Native de Alaska	Asiático	Negro/Africano Americano				
que apliquen	Hawaiano/de las Islas del Pacifico	Blanco	Birracial /Multiracial	Otro: explique _____			
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino					
Idioma Principal:	Inglés	Español	Hmong	Otro: explique _____	¿Habla Inglés?	Sí	No
Grado más alto completado:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Graduado	GED	HSED	13 14 15	Técnico	Licenciatura
Actualmente esta en el Ejercito?	Sí	No	O es veterano?	Sí	No	Maestría	
Nombre del Padre/Guardián Secundaria:	(Apellido): _____	(Primer Nombre): _____	Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____				
Relación con el niño:	Madre	Padre	Padrastro	Cuidado Adoptivo	Guardián	Otro: explique _____	
Dirección (si es diferente de la del niño):	Ciudad: _____		Código Postal: _____				
Numero de Teléfono:	Casa ( ) _____	Celular ( ) _____	Trabajo ( ) _____				
Email:	Actualmente embarazada? Sí No N/A Sí sí, fecha de parto: _____						
¿Tiene cobertura médica/seguro de salud?	Sí No						
Raza:	Native Americano o Native de Alaska	Asiático	Negro/Africano Americano				
que apliquen	Hawaiano/de las Islas del Pacifico	Blanco	Birracial /Multiracial	Otro: explique _____			
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino					
Idioma Principal:	Inglés	Español	Hmong	Otro: explique _____	¿Habla Inglés?	Sí	No
Grado más alto completado:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Graduado	GED	HSED	13 14 15	Técnico	Licenciatura
Actualmente esta en el Ejercito?	Sí	No	O es veterano?	Sí	No	Maestría	

<b>Estado Civil de los Padre(s) (marque uno):</b>				<b>Estado Actual de Convivencia (marque uno):</b>			
Casados	Divorciados	Separados	Viudo/a	Alquila	Vivienda Propia	o Vive con:	
Nunca se casaron pero viven juntos				Familia Amigos Refugio			
Nunca se casaron y no viven juntos				Otro sin hogar: (explique) _____			

# Total de toda la gente viviendo en su hogar. INCLUYE A TODOS LOS HERMANOS: \_\_\_\_\_ (adjunte otra hoja si necesita más espacio)

1. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: M F
Relación con el solicitante: _____	¿Recibe cualquier ingresos? Sí No (explique) _____	
2. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: M F
Relación con el solicitante: _____	¿Recibe cualquier ingresos? Sí No (explique) _____	
3. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: M F
Relación con el solicitante: _____	¿Recibe cualquier ingresos? Sí No (explique) _____	
4. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: M F
Relación con el solicitante: _____	¿Recibe cualquier ingresos? Sí No (explique) _____	
5. Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: M F
Relación con el solicitante: _____	¿Recibe cualquier ingresos? Sí No (explique) _____	

#### Historia de Parto:

¿Es este su primer embarazo? (Marque con un círculo) Sí No

¿Esta recibiendo/recibió atención prenatal regular durante este embarazo? Sí No

¿En qué mes fue su primera visita prenatal? (Marque con un círculo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

¿Su embarazo ha sido determinado Alto Riesgo por un médico o proveedor de atención médica? Sí No

¿Está usted actualmente viendo a una Enfermera de Salud Pública o Coordinación de Atención Prenatal? Sí No

¿Asiste este niño una guardería ahora? (marque uno) Sí No ¿Cuál es el horario? \_\_\_\_\_

¿Recibe Ud. Subsidio de cuidado de niño? Sí No En caso que si, de parte del cual: (escoja una) Condado Ciudad

¿Cuanto paga cada semana? \_\_\_\_\_

¿Que tipo de guardería utiliza? (escoja una) Centro Guardería Familiar Amistad Familia

¿Dirección? \_\_\_\_\_ ¿Es usted miembro actual del personal de Reach Dane? Sí No

¿Está interesado en el cuidado de niños de día completo con nosotros? (marque uno) Sí No

¿Ha sido su niño diagnosticado con algún tipo de incapacidad? Sí No

Describa la incapacidad diagnosticada: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un plan:  Plan de Educación Individualizada (IEP)  Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP)

¿Hay un IEP o un IFSP en proceso para este niño? Sí No

¿Recibe su niño algún servicio por parte de las escuelas publicas o de la agencia 0-3? Sí No

Nombre de la escuela publica: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál de los siguientes servicios especiales?

Terapia para el habla/lenguaje Educación temprana de la niñez Terapia física Terapia Ocupacional

¿Cree que su niño padece de algún tipo de incapacidad? Sí No

Describa por favor: \_\_\_\_\_

¿Alguien mas en su familia padece de algún tipo de incapacidad (posible o diagnosticada)? Sí No

Quien? (explique) \_\_\_\_\_

# ¡IMPORTANTE!

Las respuestas detalladas a estas preguntas nos ayudan a determinar su elegibilidad.  
Cada respuesta es evaluada y contribuye a la necesidad general del niño y la familia.

(Si necesita más espacio para escribir, puede adjuntar una hoja de papel para seguir, escribe el nombre del niño y la fecha de nacimiento en la parte superior de hoja extra.)

<b>1. ¿Como se entero Ud. de nosotros?</b> (por favor circule)	Programa de 0-3	Una Escuela	Trabajador Social	Un Medico	WIC
Volante	Periódico	El Internet	Amigo	Miembro de la familia	Otro: por favor explique _____
<b>2. ¿En que programa tiene interés para su niño?</b> (Por favor circule todos los que le interesen)					
Basada en Casa Early Head Start (Madre Embarazada, 0-3 años)			Basada en Casa Head Start (3-5years)		
Basada en el Centro Early Head Start (6 semanas-3 años) * Se requiere subsidio para el cuidado de niños			Medio Día Head Start (3-5 años)		
Cuidado Infantil/Niño Pequeño (6 semanas-3 años) * pago privado o subsidio de cuidado infantil			Día extendido (3-5 años) * transporte limitado		
			Día Completo Head Start (3-5 años) * Se requiere subsidio de cuidado de niños, <b>no</b> se proporciona transporte		
<b>Únicamente para Transporte con el programa de Head Start de medio día:</b>					
Dirección para la recogida del autobús: _____			Dirección para la bajada del autobús: _____		
<b>¿Puede proporcionar transporte para su hijo?</b> Sí No <i>Nota: el transporte está limitado por el área de servicio</i>					
<b>3. ¿Está experimentando o ha tenido algún problema de salud o complicaciones durante este embarazo, parto o después del parto?</b> (Explique)					
<b>4. ¿Cuánto tiempo permaneció el niño en el hospital al nacer?</b>					
<b>5. ¿Hubo algún problema o preocupación con el nacimiento de su hijo o en su desarrollo temprano?</b> (Por favor, especifica)					
<b>6. ¿Actualmente tiene alguna preocupación con relación a su niño?</b> (Salud, desarrollo, habla, o Sí esta tomando medicamento; por favor, explique)					
<b>7. ¿Como describiría Ud. el comportamiento de su niño?</b> (Explique)					
<b>8. ¿Ha sucedido algún evento importante que haya afectado la vida de su niño?</b> (Sin hogar, violencia familiar, adopción, abandono, encarcelamiento de un parente o madre, muerte de un familiar; explique)					
<b>9. ¿Tiene alguna dificultad para proveer las necesidades básicas a su familia?</b> (Ropa, vivienda, comida, empleo; explique)					
<b>10. ¿Algún miembro de su familia inmediata tiene problemas de salud, dental, nutrición o algun problema mental?</b> (Por favor, explique)					
<b>11. ¿Tiene alguna preocupación sobre otros miembros de su familia?</b> (Capacidad para educar a sus hijos, problemas de adicción de droga, alcoholismo; por favor, explique)					
<b>12. ¿Actualmente cuales son las necesidades de guardería para cuidado de su niño?</b> (Disponibilidad, costo, tiempo, trabajo; explique)					
<b>13. ¿Recibe algunos de estos servicios?</b> (marque los que apliquen)					
Subsidio de Casa			FoodShare		WIC

# NO SE PUEDE PROCESAR NINGUNA SOLICITUD SIN PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS QUE GANO LA FAMILIA EN LOS ULTIMOS 12 MESES

<b>Estado de Empleo Actual del Padre/Guardián Principal</b>	
Tiempo Completo (35 hora/sem o mas)	
Medio Tiempo (menos de 35 hora/sem)	Tiempo Completo y Entrenamiento
Jubilado o Incapacitado	Medio Tiempo y Entrenamiento
Entrenamiento o Estudiando	Entrenamiento o Clases
Desempleado y Entrenamiento	Desempleado y Entrenamiento
	Empleo Temporal
	Desempleado
<b>Fecha que empezó su actual trabajo:</b> _____	
<b>Nombre del Empleador:</b> _____	
<b>Ingreso Total \$</b> _____	
Recibe su pago cada: (escoge uno)      Semana      2 semanas	
Mes	Otro: explique _____
Si tiene menos de un año en su trabajo actual o está desempleado, proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:	
<b>Empleador:</b> _____	
De _____ a _____	
<b>Empleador:</b> _____	
De _____ a _____	
<b>Beneficios del Desempleo \$</b> _____	
Cada cuando: (escoge uno)      Semana      2 Semanas      Mes	
Fecha que empezó a recibir los Beneficios: _____	

<b>Estado de Empleo Actual del Padre/Guardián Secundaria</b>	
Tiempo Completo (35 hora/sem. O mas)	
Medio Tiempo (menos 35 hora/sem)	Tiempo Completo y Entrenamiento
Jubilado o Incapacitado	Medio Tiempo y Entrenamiento
Entrenamiento o Clases	Entrenamiento o Clases
Desempleado y Entrenamiento	Desempleado y Entrenamiento
	Empleo Temporal
	Desempleado
<b>Fecha que empezó su actual trabajo:</b> _____	
<b>Nombre del Empleador:</b> _____	
<b>Ingreso Total \$</b> _____	
Recibe su pago cada: (escoge uno)      Semana      2 semanas	
Mes	Otro: explique _____
Si tiene menos de un año en su trabajo actual o esta desempleado proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:	
<b>Empleador:</b> _____	
De _____ a _____	
<b>Empleador:</b> _____	
De _____ a _____	
<b>Beneficios del Desempleo \$</b> _____	
Cada cuando: (escoge uno)      Semana      2 Semanas      Mes	
Fecha que empezó a recibir los Beneficios: _____	

## MARQUE CADA TIPO DE INGRESO QUE RECIBE SU FAMILIA:

- Foster Care (cuidado familiar) o Kinship Care (cuidado de parentesco)** para este niño      Cantidad que recibe: \$ \_\_\_\_\_
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Suplemento de Cuidador**      Cantidad que recibe \$ \_\_\_\_\_
- TANF (Beneficios de Efectivo de W-2)**      Cantidad que recibe \$ \_\_\_\_\_
- Oros Ingresos:** (Marque todos que aplique)      prestamos estudiantiles      militar      Otro: explique \_\_\_\_\_  
Cantidad que recibe \$ \_\_\_\_\_      cada cuando: (escoge)      Semana      2 Semanas      Mes      Semestre  
Otro: explique \_\_\_\_\_

(Se pueden deducir costos de vivienda adicionales si cumple con los criterios; llame para solicitar más información)

**Aceptación a Early Head Start y/o Head Start está basado en los ingresos y necesidades del niño y la familia, y no en base de primer llegado primer servido.**

"Yo certifico que las respuestas contenidas en este documento son verdaderas y completadas según mi mejor entendido. Comprendo que proveer información falsa a un Programa Financiado con fondos Federales es contra la ley. Yo soy el parente/la madre/ el guardián/tutor legal de este niño/a y este es nuestro ingreso familiar."

**Firma de Padre/Madre/Guardián (requerida):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Reach Dane/Reach Green es una organización sin fines de lucro. No discrimina en la administración de los programas.

-----  
Agency Use Only  
PY: \_\_\_\_\_  
Date Entered: \_\_\_\_\_  
Entered By: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Al completar este formulario se autoriza revelar la información descrita en la sección "Descripción específica de registros autorizados para revelar". La persona (individuo del registro) cuyo registro se revelará puede tener derecho a inspeccionar, y después de pagar los gastos pertinentes, a obtener una copia de los registros revelados. Excepto en el caso de registros de medicamentos y tratamiento somático, el director o el encargado de una institución de tratamiento de enfermedad mental, incapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas, puede negar, en algunas circunstancias, ese derecho durante el período del tratamiento. Section 51.30, Wis. Stats., DHS 92.03-92.06 Wis. Adm. Code.

### Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro) (niño/a)

Nombre	Número de identificación (si tiene)	Fecha de Nacimiento
--------	-------------------------------------	---------------------

Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código)

### Agencia / Organización autorizada a revelar información

Nombre y dirección

DANE COUNTY HUMAN SERVICES

Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código)

1819 Aberg Ave, Madison, WI 53704

### La información se puede revelar a:

Nombre	Organización
	Dane County Parent Council-Reach Dane

Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código)

2096 Red Arrow Trl, Fitchburg, WI 53711

### Descripción específica de registros autorizados para revelar (Incluya las fechas de los registros si es pertinente)

Todos los registros son pertinentes para los participantes del programa Reach Dane. La información que se puede compartir entre las agencias es:

1. Estado del caso
2. Actividad aprobada para padres o cuidador
3. Información que ayudaría al parent/cuidador a obtener los beneficios de Wisconsin Share.
4. Cualquier otra información pertinente que pueda ayudar a acelerar la elegibilidad para Wisconsin Shares: explíquela en detalle.
5. Horario de trabajo
6. Información relevante al beneficio actual de FoodShare.

### Propósito o necesidad de revelar la información (Especifique)

El propósito de esta autorización para revelar información es la coordinación de beneficios entre los clientes que están inscritos en el programa Reach Dane y la agency de Wisconsin Shares.

La política de Wisconsin Shares nos impide revelar el número de la tarjeta EBT de Wisconsin Shares, el monto real del subsidio y las horas aprobadas

### Acuerdo

Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios, excepto para:

- Sin excepciones  
 Excepciones (especifique):

La información que yo autorizo revelar puede también revelarla quien recibe los registros sólo si lo permite la ley. Si la información se revela nuevamente, la persona que recibe la información revelada puede ser controlada por leyes diferentes.

Yo puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto en el caso de información ya revelada como resultado de esta autorización. La revocación escrita debe darse a la agencia /organización que yo autorice revele la información.

Excepto si es revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada abajo.

**Marque un casillero:**

- Autorización vence el \_\_\_\_\_ (Fecha).  
 Autorización vence 12 meses de la fecha en que firmo esta autorización.  
 Autorización vence después de tomarse la siguiente medida (Especifique):

**Como lo indico con mi firma, por la presente autorizo a que se revelen los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas arriba.**

**Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)**

Firma	Fecha Firma
-------	-------------

**Otra persona legalmente autorizada a dar consentimiento para revelar la información.**

Firma	Fecha Firma
-------	-------------

Titulo o relación con el individuo nombrado en el Registro