



2096 Red Arrow Trail
Madison, WI 53711

Tel: (608) 275-6740

Fax: (608) 275-6756

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

También puede enviar por fax la solicitud y el comprobante de ingresos a (608) 275-6756 a la atención de: Enrollment

Ejemplos de comprobante de ingresos aceptables:

- Una copia de su declaración de impuestos federales (1040) de 2017
- 2017 W-2 (Declaraciones de impuestos de todos los empleadores)
- Talón de cheque de pago de su trabajo actual (si usted ha estado en su trabajo por más de 1 año)
- Talones de cheques de sus diferentes empleadores (si usted ha estado empleado en más de un lugar durante los últimos 12 meses)
- Documentación de SSI
- Talón de cheque del beneficio de desempleo
- Sustento recibida de los hijos
- Beneficios de W-2 (TANF)
- Pagos de Foster Care o Kinship Care para el niño Solicitante

¡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

"Reach Dane changes the lives of underserved children and families through educational and supportive services"

2096 Red Arrow Trail
Madison, WI 53711

Phone (608) 275-6740
Fax (608) 275-6756
www.reachdane.org

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: <small>marque lo que se aplica</small>	Madre Embarazada	Niño
INFORMACIÓN DEL NIÑO:		
Nombre Legal del Niño: (Apellido Paterno): _____ (Apellido Materno): _____ (Primer Nombre): _____ (Segundo Nombre): _____		
Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino # Seguro Social: _____ - _____ - _____ <small>mes día año</small>		
Raza Del Niño: <i>Marque los que apliquen</i> Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Blanco Hawaiano/de las Islas del Pacifico Birracial/Multirracial 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 <i>(si es diferente de la vivienda):</i> _____ 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: <i>explique</i> _____		
Dirección <i>(si es diferente de la del niño):</i> _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____		
Numero de Teléfono: Casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____		
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Email: _____		
Actualmente embarazada? Sí No N/A Si sí, fecha de parto: _____ ¿Tiene cobertura médica/seguro de salud? Sí No		
Raza: <i>Marque los que apliquen</i> Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Hawaiano/de las Islas del Pacifico Blanco Birracial /Multirracial Otro: <i>explique</i> _____		
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
Idioma Principal: Inglés Español Hmong Otro: <i>explique</i> _____ ¿Habla Inglés? Sí No Poco		
Grado más alto completado: <i>marque uno</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Graduado GED HSED 13 14 15 Técnico Licenciatura Maestría		
Actualmente esta en el Ejército? Sí No O es veterano? Sí No		
Nombre del Padre/Guardián Secundaria: (Apellido): _____ (Primer Nombre): _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____		
Relación con el niño: Madre Padre Padrastro Cuidado Adoptivo Guardián Otro: <i>explique</i> _____		
Dirección <i>(si es diferente de la del niño):</i> _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____		
Numero de Teléfono: Casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____		
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Email: _____		
Actualmente embarazada? Sí No N/A Si sí, fecha de parto: _____ ¿Tiene cobertura médica/seguro de salud? Sí No		
Raza: <i>Marque los que apliquen</i> Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Hawaiano/de las Islas del Pacifico Blanco Birracial /Multirracial Otro: <i>explique</i> _____		
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
Idioma Principal: Inglés Español Hmong Otro: <i>explique</i> _____ ¿Habla Inglés? Sí No Poco		
Grado más alto completado: <i>marque uno</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Graduado GED HSED 13 14 15 Técnico Licenciatura Maestría		
Actualmente esta en el Ejército? Sí No O es veterano? Sí No		

Estado Civil de los Padre(s) *(marque uno):*

Casados Divorciados Separados Viudo/a

Nunca se casaron pero viven juntos

Nunca se casaron y no viven juntos

Estado Actual de Convivencia *(marque uno):*

Alquila Vivienda Propia o Vive con:

Familia Amigos Refugio

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 ¿Cual es el horario? _____¿Recibe Ud. Subsidio de cuidado de niño? Sí No En caso que sí, 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? _____

¿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.)

1. ¿Como se entero Ud. de nosotros? (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 _____
2. ¿En que programa tiene interés para su niño? (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, no se proporciona transporte Únicamente para Transporte con el programa de Head Start de medio día: Dirección para la recogida del autobús: _____ Dirección para la bajada del autobús: _____ ¿Puede proporcionar transporte para su hijo? Sí No <i>Nota: el transporte está limitado por el área de servicio</i>
3. ¿Está experimentando o ha tenido algún problema de salud o complicaciones durante este embarazo, parto o después del parto? (Explique)
4. ¿Cuánto tiempo permaneció el niño en el hospital al nacer?
5. ¿Hubo algún problema o preocupación con el nacimiento de su hijo o en su desarrollo temprano? (Por favor, especifica)
6. ¿Actualmente tiene alguna preocupación con relación a su niño? (Salud, desarrollo, habla, o Sí esta tomando medicamento; por favor, explique)
7. ¿Como describiría Ud. el comportamiento de su niño? (Explique)
8. ¿Ha sucedido algún evento importante que haya afectado la vida de su niño? (Sin hogar, violencia familiar, adopción, abandono, encarcelamiento, muerte de un familiar; explique)
9. ¿Tiene alguna dificultad para proveer las necesidades básicas a su familia? (Ropa, vivienda, comida, empleo; explique)
10. ¿Algún miembro de su familia inmediata tiene problemas de salud, dental, nutrición o algun problema mental? (Por favor, explique)
11. ¿Tiene alguna preocupación sobre otros miembros de su familia? (Capacidad para educar a sus hijos, problemas de adicción de droga, alcoholismo; por favor, explique)
12. ¿Actualmente cuales son las necesidades de guardería para cuidado de su niño? (Disponibilidad, costo, tiempo, trabajo; explique)
13. ¿Recibe algunos de estos servicios? (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

Estado de Empleo Actual del Padre/Guardián Principal	Estado de Empleo Actual del Padre/Guardián Secundaria
Tiempo Completo (35 hra/sem o mas)	Tiempo Completo (35 hra/sem. O mas)
Medio Tiempo (menos de 35 hra/sem) Tiempo Completo y Entrenamiento	Medio Tiempo (menos 35 hra/sem) Tiempo Completo y Entrenamiento
Jubilado o Incapacitado	Jubilado o Incapacitado
Entrenamiento o Estudiando	Medio Tiempo y Entrenamiento
Desempleado y Entrenamiento	Desempleado y Entrenamiento
	Empleo Temporal
	Desempleado
Fecha que empezó su actual trabajo: _____	Fecha que empezó su actual trabajo: _____
Nombre del Empleador: _____	Nombre del Empleador: _____
Ingreso Total \$ _____	Ingreso Total \$ _____
Recibe su pago cada: (escoge uno) Semana 2 semanas	Recibe su pago cada: (escoge uno) Semana 2 semanas
Mes Otro: <i>explique</i> _____	Mes Otro: <i>explique</i> _____
Si tiene menos de un año en su trabajo actual o está des- empleado, proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:	Si tiene menos de un año en su trabajo actual o esta des- empleado proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:
Empleador: _____	Empleador: _____
De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___
Empleador: _____	Empleador: _____
De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___
Beneficios del Desempleo \$ _____	Beneficios del Desempleo \$ _____
Cada cuando: (escoge uno) Semana 2 Semanas Mes	Cada cuando: (escoge uno) Semana 2 Semanas Mes
Fecha que empezó a recibir los Beneficios: _____	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 \$ _____
- Sustento de Nino** Cantidad que recibe \$ _____ Cada cuando: (escoge) semana 2 semanas Mes
- Otros Ingresos:** (Marque todos que aplique) prestamos estudiantiles, seguro social, Beneficios de Incapacidad, militar,
 Otro: *explique* _____
 Cantidad que recibe \$ _____ cada cuando: (escoge) Semana 2 Semanas Mes Semestre
 Otro: *explique* _____

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 padre/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.

Favor de notificarnos si hay cualquier cambio en su información (608) 275-6740.

Agency Use Only
 PY: _____
 Date Entered: _____
 Entered By: _____