

- Family prefers:**
 Home Based
 Center Based
 Either
 Center Preference

- This is a:**
 New Application
 Transitioner Application



Head Start & Early Head Start Solicitud de inscripción

Renewal Unlimited, Inc. • 2900 Red Fox Run • Portage, WI 53901 • Phone: (608) 742-5329 • Fax: (608) 742-5481



La información recogida en esta aplicación es necesaria para nuestros archivos y se mantendrá confidencial.

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Sufijo | Nombre Preferido | Fecha de Nacimiento | Genero |
|---------------|----------------|----------|--------|------------------|---------------------|--------|
|---------------|----------------|----------|--------|------------------|---------------------|--------|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------|---|
| | | | | | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|--|--|--|--|--|-------------|---|

| Verificación de la fecha de nacimiento del niño *: | Grupo étnico | Hispanic |
|--|--------------|----------|
|--|--------------|----------|

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta Cuna <input type="checkbox"/> WIR <input type="checkbox"/> Cheque bien del niño | <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Documentos de Inmigración <input type="checkbox"/> Clínica física <input type="checkbox"/> Otro (la lista de documentos vista) | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro (Especificar:): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|---|--|--|

| Lengua Primaria el Niño/Niña | Habilidad del Inglés | Otra Lengua: |
|------------------------------|----------------------|--------------|
|------------------------------|----------------------|--------------|

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Centroamericana/America de sur o Mexicano <input type="checkbox"/> Caribe <input type="checkbox"/> Orientemedio/Sur Asiático | <input type="checkbox"/> Asiático Oriental <input type="checkbox"/> Nativo de Indio Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Isla Pacífico <input type="checkbox"/> Europeo y eslavo <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente | Habilidad de la otra Lengua: <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente |
|--|---|---|--|

| Cobertura de Salud Primaria | Medicaid | Doctor/ Hogar Medico | Cobertura Dental | Dentista/Hogar Dental |
|-----------------------------|----------|----------------------|------------------|-----------------------|
|-----------------------------|----------|----------------------|------------------|-----------------------|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> En Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible | | | |
|--|---|--|--|--|

| Estado de Discapacidad | Explicación de necesidades especiales: |
|------------------------|--|
|------------------------|--|

| | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Certificado IEP** <input type="checkbox"/> Certificado IFSP** | _____ _____ _____ |
|--|-------------------------|

****Mande copia de IEP/IFSP con la aplicacion Padre/Guardian deben firmar la solicitud de liberacion al distrito de la escuela del niño para que Head Start adquiera la IEP/IFSP. Mande la solicitud de liberacion firmada con la aplicacion.**

Información del Proveedor de Cuidado Infantil:

| Nombre del proveedor: | Número de Teléfono | Teléfono Celular | Dirección | Ciudad / Estado | Código Postal |
|-----------------------|--------------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|
|-----------------------|--------------------|------------------|-----------|-----------------|---------------|

Información de los Padres/del Guardián

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Sufijo | Nombre Preferido | Fecha de Nacimiento | Genero |
|---------------|----------------|----------|--------|------------------|---------------------|--------|
|---------------|----------------|----------|--------|------------------|---------------------|--------|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------|---|
| | | | | | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|--|--|--|--|--|-------------|---|

| Dirección | Ciudad / Estado | Código Postal | Condado | Número de Teléfono | Teléfono Celular |
|-----------|-----------------|---------------|---------|--------------------|------------------|
|-----------|-----------------|---------------|---------|--------------------|------------------|

| Dirección de correo si es diferente a la anterior | Ciudad / Estado | Código Postal | Condado | Vive con Niños |
|---|-----------------|---------------|---------|----------------|
|---|-----------------|---------------|---------|----------------|

| Grupo étnico | Hispanic | English Proficiency | Otra Lengua: | Embarazada |
|--------------|----------|---------------------|--------------|------------|
|--------------|----------|---------------------|--------------|------------|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro (Especificar:): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vencimiento: ___/___/___ Actualmente alto riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|--|--|---|--|

| Nivel de Educación | Estado de Empleo | Relación al Niño(a) | Estatus Paterno |
|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|
|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Universitario/entrenamiento <input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Mastría | <input type="checkbox"/> < Grados 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grad0 12 <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Tiempo lleno y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado | <input type="checkbox"/> Biologico/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres Papeles de Corte: <input type="checkbox"/> Papeles de custodia en lugar <input type="checkbox"/> Order de restriccion en lugar |
|--|---|---|--|--|--|

Dirección de Email: _____ **Soy veterano militar de los Estados Unidos:** Sí No

Uso de Oficina Solamente:

Center/Site: _____ Program Year 20___ - 20___ DOE ___/___/___ # of Years in Program _____

Total Income \$ _____ Income Guidelines \$ _____ CE IE OI SNS SND

Homeless Foster Care SSI Public Assistance/TANF: W-2 CCS SNAP 0-3 EHS 0-3 Center 3-5 HS

Office Staff Signature for Eligibility Verification _____ Date: ___/___/___

Eligibility Point Total _____

Niño Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Información Padre Secundaria / del Guardián

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Sufijo | Nombre Preferido | Fecha de Nacimiento | Genero |
|--|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Dirección | Ciudad / Estado | Código Postal | Condado | Número de Teléfono | Teléfono Celular | |
| | | | | | | |
| Dirección de correo si es diferente a la anterior | Ciudad / Estado | Código Postal | Condado | Vive con Niños | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Grupo étnico | Hispanic | English Proficiency | Otra Lengua: | Embarazada | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro (Especificar:) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vencimiento ____/____/____ <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Actualmente alto riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Nivel de Educación | Estado de Empleo | Relación al Niño(a) | Estatus Paterno | | | |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Universitario/ entrenamiento <input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Mastría | <input type="checkbox"/> < Grados 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grad0 12 <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Tiempo lleno y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado | <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres Papeles de Corte: <input type="checkbox"/> Papeles de custodia en lugar <input type="checkbox"/> Order de restriccion en lugar | |

Dirección de Email: _____

Soy veterano militar de los Estados Unidos: Sí No**Niño/Adultos Viviendo en el Hogar ***

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Genero (Masculino/Femenino) | Fecha de Nacimiento | Relación con el Niño |
|---------------|----------------|----------|-----------------------------|---------------------|----------------------|
| | | | | ____/____/____ | |
| | | | | ____/____/____ | |
| | | | | ____/____/____ | |
| | | | | ____/____/____ | |
| | | | | ____/____/____ | |
| | | | | ____/____/____ | |

Información Adicional Elegibilidad (Marque todo lo que Corresponda)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Padres sin Diploma de Escuela Secundaria, HSED, GED | <input type="checkbox"/> Padres con Toxicomanía |
| <input type="checkbox"/> Abuelo / Pariente como Guardián | <input type="checkbox"/> No Transporte | <input type="checkbox"/> Madre embarazada con problemas de adicción a sustancias / alcohol |
| <input type="checkbox"/> Padres Adolescentes (actualmente tiene 17 años o menos) | <input type="checkbox"/> Muerte de un Familiar Directo en Ultimos 24 Meses | <input type="checkbox"/> Niño Inscrito Movido Dentro de Nuestra Área de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Recibir W2(TANF)* | <input type="checkbox"/> Niño/Padre/Guardian con salud mental |
| <input type="checkbox"/> Padre / Cuidador Minusválidos | <input type="checkbox"/> Recibir Subsidios de Cuidado Infantil (TANF)* | <input type="checkbox"/> Niño enscrito en fundacion del programa familiar/programa de enfermeria familiar |
| <input type="checkbox"/> Padre Encarcelado | <input type="checkbox"/> Recibir SSI* | |
| <input type="checkbox"/> Padres Militar | <input type="checkbox"/> Recibir SNAP* | |
| <input type="checkbox"/> Embarazo de Alto Riesgo/Mortinado Múltiples (Solamente Madres Embarazadas) | | |

Servicios de Protección Infantil

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Aplicable | <input type="checkbox"/> Referido por una agencia de bienestar |
| <input type="checkbox"/> La Corte Ordenó a Participar en el Programa de Head Start* | Lista el condado referencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Padres de Crianza* | |

Estado de la vivienda

- Aquilar Propia Persona sin hogar*

Si personas sin hogar, por favor, describa el estado de su vivienda actual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comparte vivienda con otros | <input type="checkbox"/> Vivir en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o acampar debido a la falta de alojamiento alternativo |
| <input type="checkbox"/> Vivir en refugios temporales de emergencia | <input type="checkbox"/> La residencia nocturna principal es un lugar público o privado que no está diseñado para / normalmente se usa como alojamiento para dormir de seres humanos |
| <input type="checkbox"/> Esperando la colocación de cuidado de crianza | <input type="checkbox"/> Viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobús o tren, o lugares similares |
| <input type="checkbox"/> Abandonados en hospitales | <input type="checkbox"/> Niños migratorios que están viviendo en circunstancias descritas anteriormente |

* Indica que el personal de Head Start hace todos los esfuerzos razonables para verificar el estado.

Niño Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Verificación de Ingresos**Familiares Miembros en los Hogares Count****Total de familiares directos en el hogar:** Número de Adultos _____ Número de Niños _____

(Familia conteos incluyen el niño que aparece en esta aplicación y todas las personas en la casa habitación principal del niño que son apoyados por el ingreso del padre/guardián del niño Y relación con el padre/guardián por sangre, matrimonio, adopción O cuidador autorizado por el sistema judicial)

La Administración para Niños y Familias requiere que hemos escrito verificación de ingresos para las familias de los niños de Head Start.

| Artículo(s) Visto por El Personal (talón de pago, W2, etc.) | Fuentes de Ingresos * | Ingreso Bruto Utilidad Neta de Trabajadores Autónomos Incluyendo La Agricultura (Lista en la columna correspondiente) | | | | Número de Semanas o Meses de Ingresos Fue Recibido en los Últimos 12 Meses | |
|---|--|---|-----------|---------|-------|--|------------|
| | | Semanal | Quincenal | Mensual | Anual | # de Semanas | # de Meses |
| | Ocupación | | | | | | |
| | Ocupación | | | | | | |
| | Empresa/ Pensión del gobierno | | | | | | |
| | Autoempleo | | | | | | |
| | Banco Interés | | | | | | |
| | Compensación por Desempleo | | | | | | |
| | Compensación por Trabajador | | | | | | |
| | Seguro Social | | | | | | |
| | Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | | | | | | |
| | Manutención de Menores / Pensión Alimenticia | | | | | | |
| | Otros Ingresos: Fuente de Ingresos: | | | | | | |
| | Fuente de Otros Ingresos: | | | | | | |

Completo el siguiente se "No Ingresos": Periodo de tiempo de no ha ingresos: Desde ____/____/____ a ____/____/____**Explique las circunstancias familiares y esfuerzos realizados para verificar el ingreso :** _____**Consentimiento para la verificación de información por terceros**

Doy mi permiso para la Renewal Unlimited, Inc.- Head Start para verificar la información antes mencionada con las entidades necesarias y / u otros organismos.

 Not aplicable No Sí Si responde "Sí", por favor indique el nombre(s), título(s), afiliación(s), y números de teléfono(s) de la gente podemos comunicarnos parte.

Resumen de la declaración hecha por 3ª parte:

Contactos Adicionales

| Nombre | Número de Teléfono | Teléfono Celular |
|--------|--------------------|------------------|
| Nombre | Número de Teléfono | Teléfono Celular |

Aplicación Completa

- En Persona
 Entrevista Teléfono

Explique la razón por la cual se completó la aplicación a través de entrevista telefónica

Firmas**Declaro que la información que proporcioné es verdadera y correcta. También entiendo que llenar esta solicitud no garantiza que mi hijo va a estar inscrito en el Programa de Head Start.**

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Por la presente declaro que he hecho esfuerzos razonables para verificar que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta

Firma del Empleado de Head Start: _____ Fecha: _____

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación de sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: 1. correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20250-9410; o 2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.