



## Solicitud de Inscripción

### Head Start Early Head Start Cuidado de Niños

¡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 2024
- 2024 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](mailto:enrollment@reachdane.org).
- Solicitud impresa:
- Correo electrónico: escanee y envíe un correo electrónico a [enrollment@reachdane.org](mailto: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](mailto:enrollment@reachdane.org)
- o Fax: (608) 275-6756 Attn: Inscripción
- o Fotos de texto: (608) 576-1135 o (608) 400-1388
- o Dirección postal para la solicitud firmada: Reach Dane (Attn: Enrollment) 2096 Red Arrow Trail Madison, WI 53711
- o Las solicitudes firmadas y la verificación de ingresos también pueden dejarse en un lugar cercano a usted.

Vea las ubicaciones aquí

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
<b>INFORMACIÓN DEL NIÑO:</b>		
<b>Nombre Legal del Niño:</b> (Apellido Paterno): _____ (Apellido Materno): _____ (Primer Nombre): _____ (Segundo Nombre): _____		
<b>Fecha De Nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ <b>Sexo:</b> Masculino Femenino <small>mes día año</small>		
<b>Raza Del Niño:</b> <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 _____		
<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
<b>Idioma Principal Del Niño:</b> Inglés Español Hmong Otro: explique _____		
<b>¿Habla Inglés?</b> Sí No Poco		
<b>¿Recibe su niño Asistencia Medica?</b> Sí No <b># de Asistencia Medica/Tarjeta Forward:</b> _____		
<b>¿Tiene su niño Seguro Medico Privado?</b> Sí No <b>Proveedor:</b> _____		
<b>Dirección de Domicilio:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____		
<b>Dirección Postal</b> <i>(si es diferente de la vivienda):</i> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____		
<b>El niño vive con:</b> <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: _____		
<b>Nombre del Padre/Guardián Principal:</b> (Apellido): _____ (Primer Nombre): _____ <b>Fecha De Nacimiento:</b> ____/____/____		
<b>Relación con el niño:</b> Madre Padre Padrastro Cuidado Adoptivo Guardián Otro: <i>explique</i> _____		
<b>Dirección</b> <i>(si es diferente de la del niño):</i> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____		
<b>Numero de Teléfono:</b> Casa ( ) _____ Celular ( ) _____ Trabajo ( ) _____		
<b>Email:</b> _____		
<b>Actualmente embarazada?</b> Sí No N/A <b>Si sí, fecha de parto:</b> _____ <b>¿Tiene cobertura médica/seguro de salud?</b> Sí No		
<b>Raza:</b> <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> _____		
<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
<b>Idioma Principal:</b> Inglés Español Hmong Otro: <i>explique</i> _____ <b>¿Habla Inglés?</b> Sí No Poco		
<b>Grado más alto completado:</b> <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		
<b>Actualmente esta en el Ejército?</b> Sí No <b>O es veterano?</b> Sí No		
<b>Nombre del Padre/Guardián Secundaria:</b> (Apellido): _____ (Primer Nombre): _____ <b>Fecha De Nacimiento:</b> ____/____/____		
<b>Relación con el niño:</b> Madre Padre Padrastro Cuidado Adoptivo Guardián Otro: <i>explique</i> _____		
<b>Dirección</b> <i>(si es diferente de la del niño):</i> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____		
<b>Numero de Teléfono:</b> Casa ( ) _____ Celular ( ) _____ Trabajo ( ) _____		
<b>Email:</b> _____		
<b>Actualmente embarazada?</b> Sí No N/A <b>Si sí, fecha de parto:</b> _____ <b>¿Tiene cobertura médica/seguro de salud?</b> Sí No		
<b>Raza:</b> <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> _____		
<b>Etnicidad:</b> Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
<b>Idioma Principal:</b> Inglés Español Hmong Otro: <i>explique</i> _____ <b>¿Habla Inglés?</b> Sí No Poco		
<b>Grado más alto completado:</b> <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		
<b>Actualmente esta en el Ejército?</b> Sí No <b>O es veterano?</b> 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? \_\_\_\_\_ ¿Es usted miembro actual del personal de Reach Dane? Si 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
- Describe 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
- Describe 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, no 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 padre 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

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	Entrenamiento o Clases      Medio Tiempo y Entrenamiento
Desempleado y Entrenamiento      Empleo Temporal	Desempleado y Entrenamiento      Empleo Temporal
	Desempleado
<b>Fecha que empezó su actual trabajo:</b> _____	<b>Fecha que empezó su actual trabajo:</b> _____
<b>Nombre del Empleador:</b> _____	<b>Nombre del Empleador:</b> _____
<b>Ingreso Total \$</b> _____	<b>Ingreso Total \$</b> _____
<b>Recibe su pago cada:</b> (escoge uno)    Semana    2 semanas	<b>Recibe su pago cada:</b> (escoge uno)    Semana    2 semanas
Mes    Otro: <i>explique</i> _____	Mes    Otro: <i>explique</i> _____
<b>Si tiene menos de un año en su trabajo actual o está des- empleado, proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:</b>	<b>Si tiene menos de un año en su trabajo actual o esta des- empleado proporcione una lista de empleo por los últimos 12 meses:</b>
<b>Empleador:</b> _____	<b>Empleador:</b> _____
De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___
<b>Empleador:</b> _____	<b>Empleador:</b> _____
De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___
<b>Beneficios del Desempleo \$</b> _____	<b>Beneficios del Desempleo \$</b> _____
<b>Cada cuando:</b> (escoge uno)    Semana    2 Semanas    Mes	<b>Cada cuando:</b> (escoge uno)    Semana    2 Semanas    Mes
<b>Fecha que empezó a recibir los Beneficios:</b> _____	<b>Fecha que empezó a recibir los Beneficios:</b> _____

**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 \$ \_\_\_\_\_

**Otros 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 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.

*Agency Use Only*

PY: \_\_\_\_\_

Date Entered: \_\_\_\_\_

Entered By: \_\_\_\_\_