

I/T ___ HS ___

1st yr. ___ 2nd yr. ___ 3rd yr. ___

Mfld ___ Biron ___ WR ___ HB ___ Nekoosa ___

Entered ___ Date ___

FDA ___ File ___

Wood County Head Start, Inc Programa preescolar y lactantes y parvulos



Programa 2021 - 2022

"TODA LA INFORMACION ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL."

Fecha de hoy: _____

Si esta embarazada y esta llenando esta solicitud para Usted, por favor complete la informacion en la seccion B: madre en estado de gestacion.

INFORMACION DEL NINO

Apellido legal del niño (a) _____ Primer nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero: Femenino Masculino Raza: _____

Que idioma habla el niño (a)? _____ Necesita interprete? Si No

El niño (a) vive con: _____ Numero total de miembros en la familia _____

Atiende su hijo (a) la escuela publica o algun otro programa educacional? Si No

Si participa, en cual programa? _____ IEP/IFSP Si No

Tiene Usted alguna preocupacion en relacion al desarrollo o la salud de su niño (a)? Por favor, marque la (s) casilla (s) apropiada(s),

Aprendizaje Salud Conducta Habla/lenguaje Audicion Vision Otros _____

Como escucho acerca del programa Head Start? _____

DIRECCION DEL (LA) PARTICIPANTE

Residencia actual: _____
Calle/Avenida/Apartamento Ciudad Estado Codigo Postal

Direccion para recibir correspondencia: _____
Calle/Avenida/Apartamento Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono: _____ Celular: _____ Numero adicional _____

Direccion de correo electronico: _____ En que condado vivi. _____

PARA COMPLETAR SI ESTA EMBARAZADA (CANDIDATAS TEMPRANAS DEL PROGRAMA HEAD START SOLAMENTE

Information de la madre: _____

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha estimada de parto: _____ Estado civil: _____

* Raza: _____ Lenguaje: _____

Ultimo grado completado: _____ Empleador (Compañia, particular)/Escuela o Colegio Superior: _____

Numero de horas trabajadas /# horas que asiste a la Escuela o Colegio Superior _____

INFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

El lugar donde reside es: Propio Familiares Amigos Otro _____

Tipo de vivienda: Apartamento Casa Duplex Casa mobil Casa de hogar Otro _____

Usted Renta o es su casa: _____

Veteran Si No

Padre en servicio activo militar: Si No

Estado de los padres (en el hogar) uno padre y madre Guardian legal Familia de crianza

Apellido de la madre _____ Nombre _____

Direccion de Residencia si es diferente a la del niño (a): _____

Numero Telefonico: () _____ Telefono movil () _____
Calle/Avenida/Apartamento Ciudad/Estado Codigo Postal

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

*Raza: _____ Lenguaje: _____ Ultimo grado completado: _____

Empleador: _____ # de horas trabajadas: _____

Apellido del Padre _____ Nombre _____

Direccion de Residencia si es diferente a la del niño (a): _____

Numero Telefonico: _____ Telefono movil () _____
Calle/Avenida/Apartamento Ciudad/Estado Codigo Postal

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

*Raza: _____ Lenguaje: _____ Ultimo grado completado: _____

Empleador: _____ # de horas trabajadas: _____

Guardian (si procede) Apellido _____ Nombre _____

Relacion con el niño (a): (marque uno) _____ Padre de crianza _____ Tio (a) _____ Abuelo (a) _____ Otro

Fecha de nacimiento: _____ #Seguro Social: _____ Estado civil: _____

Raza: _____ Lenguaje: _____ Ultimo grado completado: _____

Empleador: _____ # de horas trabajadas: _____

Tipo de Familia:

- Familia con padre y madre (incluye padrastro/madrastra)
- Familia padre soltero (unicamente papa)
- Familia madre soltera (solamente figura maternal)
- Familia Madre soltera (figura maternal solamente) vive en pareja
- Familia padre soltero (figura paterna solamente) vive en pareja
- Familia de crianza
- Otros familiares
- Otro tipo de familia



OTROS MIEMBROS EN EL HOGAR QUE USTED MANTIENE

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Relacion con el niño (a)

ASISTENCIA PUBLICA

(Marque todas las casillas que aplican)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Medica /Badger Care
<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida
<input type="checkbox"/> Asistencia para cuidado de los niños
<input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)
<input type="checkbox"/> Familia de crianza /Subsidio para adopcion
<input type="checkbox"/> Wisconsin Works (W2) |
|--|---|

Es su hija(o) aplicado for medical aseguransa si no
 Si es si MA/Bc privado

AUTORIZACION PARA MANEJO DE INFORMACION

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Wood (Registro de Inmunizaciones), al Servicios de Salud de Wisconsin, Departamento de Servicios Sociales y/o al Programa WIC (Mujeres, infantes y niños por sus siglas en Ingles) a proveer informacion de mi familia al personal de Head Start del Condado de Wood para verificacion de servicios.

Aplicaciones no seran procesadas sin la verificacion de de su horas de trabajo.

Firma del Padre o guardian legal: _____ **Fecha:** _____



Para uso de la Agencia solamente

Documentacion de la solicitud: (Iniciales y Fecha en cada entrada)



*Raza requerido para fines estadísticos
Esta organizacion es un proveedor de igualdad de oportunidades

Wood County Head Start, Inc.
1011 8th Street South
Wisconsin Rapids, WI 54494
(715) 421-2066
(866) 421-2066
www.woodcoheadstart.org

Enero 8th, 2021



WOOD COUNTY HEAD START[®], INC.

1011 8th Street South · Wisconsin Rapids, WI 54494

Telephone (715) 421-2066 · Fax (715) 421-2069

E-Mail wchs@woodcoheadstart.org

Estimado Padre,

Gracias para su interés en el programa Head Start. Para procesar su aplicación de niño, más información se necesita. Proporcionenos por favor con información reciente de ingresos. Usted puede hacer esto por correo o trae el información a 1011 8th Street South, Wisconsin Rapids, WI 54494. Los documentos que pueden proporcionar esta información incluyen lo siguiente:

- Forma de impuesto sobre la renta – 1040
- El cheque actual matriz
- TANF o comprobación de Servicios Sociales
- La Seguridad Social
- El subsidio de paro
- La declaración escrita *firmado y fechó*

Entienda por favor que su niño no puede ser aceptado hasta que recibido esta información.

Gracias,

Amy Arnold

Wood County Head Start, Inc.

Atencion para los aplicantes

Head Start require alguna forma de ingreso para el procesamiento de todos los hijos(as) que aplican

Sin la verification nosotros no podemos procesar la application.

Si usted no tiene algun ingreso o esta resibiendo servicios como Badgercare o Estanpillas, por favor

De contactar el Sumario de beneficios o Noticia de Desiciones.

La information sera verificada para prcesar la application de su hijo(a).

<p>The Northern Income Maintenance Consortium</p> <p>Numero de Telefono:1-888-794-5722</p> <p>O</p> <p>La linea :www.access.wisconsin.gov</p> <p>(por favor el procedimeinto le tomara mas de 15 minutos)</p>
--

Por favor traiga toda esta information lo mas pronto possible.

Gracias por su cooperation y su tiempo por el procediminto
de la application.

Declaracion de Ingresos
(Declaracion Jurada)
2021-2022

Por favor complete este formulario **solamente** si **NO** tiene otra forma de verificar sus ingresos.

Nombre y Apellido del niño (a) _____

Nombre de la Familia _____

Yo, _____ hago de su conocimiento que la siguiente informacion en relacion a mis ingresos familiares es correcta y veraz.

Firma _____ Fecha _____



*****FOR OFFICE USE ONLY*****

(Para uso de la Agencia solamente)

INCOME DOCUMENTATION AND VERIFICATION

Head Start employee verifying income: _____

WOOD COUNTY HEAD START, INC.
HEALTH REQUIREMENTS

Wood County Head Start recognizes the importance of identifying and addressing health concerns early in a child's life. Our program goals are to assure that each child is in optimal health, that preventative health measures are taken, and that follow-up treatment and services are obtained for any health condition detected.

Physical Exam Requirements – An up-to-date physical exam needs to be completed and on file within 90 days of starting.

- Exams for children under 2 cannot be more than 6 months old.
- Exams for children 2 and older cannot be more than 1 year old.

A physical is not considered complete without the proper lead and hemoglobin test results. Lead test requirements are at 12 and 24 months of age or at 1 test at or after 24 months of age and 1 hemoglobin test. Lead and hemoglobin tests can be completed at WIC or through your physician.

The physical exam schedule is as following:

- ✓ 1 Week
- ✓ 1 Month
- ✓ 2 Month
- ✓ 4 Month
- ✓ 6 Month
- ✓ 9 Month
- ✓ 12 Month - **Blood Lead Level and Hemoglobin Level drawn**
- ✓ 15 Month
- ✓ 18 Month
- ✓ 24 Month - **Blood Lead Level drawn**
- ✓ 3 Year
- ✓ 4 Year
- ✓ 5 Year

Dental Exam Requirements - For children enrolled in the Preschool program, a dental exam needs to be completed and on file within 90 days of starting.

- Exams cannot be more than 1 year old.
- Any dental follow-up treatment needs to be completed before the end of the school year.

For children under the age of 3 years old, a dental exam is not required but is highly recommended. If referred to the dentist from your physician for dental treatment, an exam and treatment by a dentist will need to be completed as soon as possible, if not by the end of the school year.

Immunization Requirements - An immunization record needs to be on file within 30 days of starting. Immunization requirements can be waived only if the health, religious or personal conviction waiver is signed within the 30 days.

If you need assistance completing any of the health requirements, let your Family Service Worker know. These components are very important, and our hope is not to overwhelm you but to help you achieve success with your child's health and well-being.