

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

SOLICITUD Programa 2026 – 2027

Toda la información se mantiene confidencial. La aceptación en la programa se basa en los ingresos y las necesidades del niño/familia. NO por orden de llegada. Las solicitudes no se pueden procesar en su totalidad sin información y verificación de ingresos del hogar.

Si está embarazada y completa esta solicitud usted misma, vaya a la sección de información familiar.

INFORMACION DEL NINO

Apellido legal del niño (a) _____ Primer nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero: ☐ Femenino ☐ Masculino

Ethnicity: ☐ No hispanico(a) ☐ Hispanico(a)

Raza: ☐ Americano(a) ☐ Afroamericano(a) ☐ Asiático/Hmong ☐ Indígena Americano(a) ☐ Isleño del Pacífico

☐ No especificado

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

¿Su hijo asiste a una escuela pública u otro programa educativo? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué programa? _____ ¿El niño tiene IEP/IFSP? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? ☐ Si ☐ No Diagnóstico: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el desarrollo general de su hijo? (por ejemplo: aprendizaje, comportamiento, habla, autismo, audición, etc.): _____

Como escucho acerca del programa Head Start? _____

Información Familiar

El niño (a) vive con: _____ Número total en la familia: _____

Dirección: _____

(calle) (ciudad/estado) (código postal)

Dirección es: ☐ Mi propia residencia ☐ Casa de parientes/amigos ☐ Refugio ☐ Otro: _____

Si vive con familiares/amigos, explique brevemente: _____

Alquilas o eres propietario? ☐ Propio ☐ Alquilar ☐ Otro: _____

Tipo de vivienda: ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ DÚplex ☐ Casa móvil ☐ Otro: _____

Dirección postal (si corresponde): _____

(calle) (ciudad/estado) (código postal)

Tiene su familia un acuerdo de custodia u orden judicial con respect al nino? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, explique brevemente: _____

Necesitaremos cualquier documentación que demuestre la colocación fuera del hogar. También se possible que se necesite documentación de custodia.

ASISTENCIA PUBLICA

(Marque todas las casillas que aplican)

- | | |
|---|---|
| ☐ Asistencia Medica /Badger Care | ☐ Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI) |
| ☐ Beneficios De SNAP | ☐ Familia de crianza /Subsidio para adopcion |
| ☐ Asistencia para cuidado de los niños | ☐ Wisconsin Works (W2) |
| ☐ WIC | |

Seguro infantil: ☐ asistencia medica/Badgercare ☐ privado

Información del Cuidador Primario/Información para madres embarazadas

Nombre del cuidador (apellido): _____ (Primero): _____ (Fecha de nacimiento): _____

Relación con el niño (a): Madre ☐ Padre ☐ Familia adoptive ☐ Tutor legal ☐ Otro ☐ _____

Dirección (si es diferente al del niño): _____
(calle) (ciudad/estado) (código postal)

Número de teléfono: Teléfono móvil: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No **Si es así, Fecha de vencimiento** _____ Estado civil _____

Raza: _____ Idioma Primario: _____ Se necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No

Actualmente en militar o veterana militar: ☐ Sí ☐ No

Ultimo grado completado: _____ Eres una estudiante actual: ☐ Sí ☐ No

Situación laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Buscando trabajo ☐ Desactivado ☐ Retirado

Empleador: _____ # de horas trabajadas: _____

Por favor indique cualquier otra persona que viva en el hogar. **INCLUIR A TODOS LOS HERMANOS**

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

Hay alguna otra información que crea que deberíamos saber sobre su hijo, su familia o su situación de vida?

Información del Cuidador Secundario

Nombre del cuidador (apellido): _____ (Primero): _____ (Fecha de nacimiento): _____

Relación con el niño (a): Madre ☐ Padre ☐ Familia adoptive ☐ Tutor legal ☐ Otro ☐ _____

Dirección (si es diferente al del niño): _____

(ciudad/estado)

(calle)

Número de teléfono: Teléfono móvil: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No Si es asi, Fecha de vencimiento _____ Estado civil _____

Raza: _____ Idioma Primario: _____ Se necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No

Actualmente en militar o veterana militar: ☐ Sí ☐ No

Ultimo grado completado: _____ Eres una estudiante actual: ☐ Sí ☐ No

Situación laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Buscando trabajo ☐ Desactivado ☐ Retirado

Empleador: _____ # de horas trabajadas: _____

Por favor indique cualquier otra persona que viva en el hogar. **INCLUIR A TODOS LOS HERMANOS**

[illegible]

Hay alguna otra información que crea que deberíamos saber sobre su hijo, su familia o su situación de vida?

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.

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

Todos los solicitantes, por favor aseguren que la solicitud esté firmada antes de enviarla

Para uso de la Agencia solamente

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

☐ DOB Verified: _____ Source: _____



*De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

Wood County Head Start, Inc.

1011 8th Street South
Wisconsin Rapids, WI 54494
(715) 421-2066
(866) 421-2066
www.woodcoheadstart.org
wchs@woodcoheadstart.org

January 1, 2026