

Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

Año escolar que solicita: _____ Fecha de solicitud: _____ Fecha de matrícula: _____

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Apellido del niño(a):		Primer nombre	Segundo nombre
Genero del niño(a): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:		Nombre Preferido:
Nombre de persona(s) que viven con el niño(a):			Parentesco con el niño:
Dirección:			
Dirección Postal: (sí diferente)			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Teléfono Principal: <input type="checkbox"/> Casa () - <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager		Teléfono alterno: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager	
Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico: _____		Podemos comunicarnos con usted por mensaje texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de Celular: _____	

Información Médica

Médico del niño(a):	Numero de oficina:	Dirección:
Dentista del niño(a):	Teléfono de Oficina:	Dirección:
Hospital que prefiere:		
Favor de indicar cual seguro recibe actualmente el niño? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Ninguno		
Si le aplique, favor de indicar el número del seguro:		
Cuál de los siguientes problemas o preocupaciones de salud están relacionados con este niño(a)? <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Comportamiento <input type="checkbox"/> Débil Medicamento <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas Crónicas de la Salud (como Asma, Diabetes, Artritis, Obesidad) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significa de la salud <input type="checkbox"/> No entrenado/a para ir al baño <input type="checkbox"/> Otro – favor de explicar cualquier problema médico que ha indicado en la parte de arriba: _____ Anote cualquier medicamento que el niño(a) este tomando actualmente: _____		

CONTACTOS DE EMERGENCIA/INFORMACION DE ENTREGADA DEL NIÑO

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona(s) a quien se le(s) puede entregar este niño(a) además de los padres/tutor(es)			
1	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono: ()
2	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono:
3	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono: ()
4	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono: ()
5	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono: ()
6	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Teléfono: ()
		Ciudad:	Estado: Código:

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al proveedor a asegurar cuidado médico de emergencia en el evento que no pueden hacer contacto con el médico familiar ni conmigo inmediatamente. Yo entiendo que cuidado médico de emergencia será obtenido de la sala de urgencias disponible (normalmente Wayne Memorial Hospital), sin tomar en cuenta la preferencia expresada del padre/tutor al proveedor.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

INFORMACION DEL NIÑO Y FAMILIA

Raza del niño(a): Negro /Afroamericano Blanco Indoamericano/Nativo de Alaska Islas del Pacifico/ Hawaiano Nativo Asian
 Multi-Raza (favor de marcar cuadros individuales de raza)

Raza de los Padres: Negro/Afroamericano Blanco Indoamericano/Nativo de Alaska Islas del Pacifico/Hawaiano Nativo Asian
 Multi-Raza (favor de marcar las cajas individuales de raza)

Etnicidad del Niño(a): Hispano o de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño u otra Cultura/Origen Hispana)
 Non-Hispano/Non-Origen Latino

Primero Lenguaje hablado en casa: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Segundo Lenguaje hablado en casa: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Habilidad: Poco Moderado Competente

Preferencia de la Familia para Comunicación Escrita: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Estatus Parental: Un Padre Dos Padres Crianza Non-Padre Otro

Tamaño Total de Familia? _____
 Madre Padre Numero de Niños Otros Adultos (edad 18+) Cuantos?

Estado de la Vivienda: ___ Propia Casa ___ Renta Casa/Apartamento/Casa Móvil ___ Viviendo con Amigos/Parientes Temporalmente ___
 Viviendo en un Albergue ___ Viviendo en Hotel/Motel ___ Otro (explica) _____

¿Recibe su familia ayuda de cualquiera de los siguientes? Work First Family Assistance TANF SSI
 Cupones Alimenticios Medicaid por medio de Work First Precio Gratis/Reducido de Comida Escolar

ADULT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Primer Nombre y Apellido Anotar Adulto Principal Primero	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	(D1) Nivel de Educación	(D2) Estado Laboral	(D3) Notas Nombre de Empleador, O Ocupación
		M F				
		M F				

Códigos de Estado Civil S – Soltero(a) M – Casado(a) D- Divorciado(a) DS- Esposo(a) Desplegado(a) Otro _____	D1 – Nivel de Educación G9 = Grado 9(o menos) GED AA = Asociado G10 = Grado 10 COL = Algo de Colegio BA = Bachelors G11= Grado 11 DRP = Dejo de Estudiar MA = Masters STU = High School HSG = Graduación de High School	D2- Estado Laboral U= Desempleado(a) T= Estudiante en Escuela F= Trabaja Tiempo Completo P= Trabaja Tiempo Parcial B= Estudiante Tiempo Completo L= Estudiante Tiempo Parcial M=Afuera por Razones Médica R= Jubilado(a)/Discapacidad S= Trabaja Temporal Otro _____
---	--	---

Si esta empleado(a), cuanto tiempo tiene la madre (o Cuidador principal) en su trabajo actual?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses más de 2 años

Si esta empleado(a), cuanto tiempo tiene el padre (o cuidador secundario) en su trabajo actual?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses mas de 2 años

Si esta sin empleo, está buscando trabajo actualmente? yes no

Información Demográfica del Niño(a)

Primer nombre y apellidos de niños en el hogar	Fecha de Nacimiento	Sexo	(D1) Pariente de	(D2) Pariente como	(D3) Notas e.g., estado de participación en el programa, otros programas, etc.
C01 -----solicitante del programa-----	-----	-----			
C02		M F			
C03		M F			
C04		M F			
C05		M F			
C06		M F			
C07		M F			

(D1) Códigos Relativos A01 – Adulto Primario A02 –Adulto Segundo B12 – Ambos Adultos (Incluye Padrastros/Madrastas)	(D2) Pariente Como C = Hijo Natural F= Hijo de Crianza G = Nieto(a) N= Sobrino(a)	(D3) Códigos de Estado de Participación A= Niño Solicitado Y= Demasiado Joven N= Elig. Próximo Año. O= Paso el Edad de Calificación
--	--	--

Información Adicional

Indica de cuál de las siguientes agencias este niño ha recibido o recibe actualmente servicios:

- Ninguno Coordinación de Cuidado para niños (CC4C)
 Escuela Pública (Anota Condado y Estado) _____ Agencia de Servicios de Desarrollo de Niños (antes DEC)
 Salud Mental Intervención de Niñez Temprano Otro? _____

Información de Necesidades Especiales

Tiene este niño(a) algún discapacidad o necesidad especial?

Yes No

Sospecha

Comentarios: _____

Sí, que es la diagnosis? _____

El niño(a) ya tiene un IEP o IFSP? Yes No

Está recibiendo servicios relatado a la discapacidad? Yes No

No

Fecha que se inició IEP o

IFSP: _____

Sí no, ha sido referido el niño(a) para servicios relatado al discapacidad sospecho? Yes No

Y si es así, por quien fue referido el niño(a)? _____

Por favor de presentar copias del IEP o documentos de la referencias para que sean adjuntadas con la aplicación.

Información de Preferencia en Sitio

(Por favor toma en cuenta que no se ofrece ni están garantizados la transportación y/o servicios de día extendido en todos sitios.)

Cual sitio es su preferencia? (favor de poner números 1-4 con el 1 como sitio más deseado y el numero 4 el menos deseado) Usted está solicitando para el Programa de NC Pre-K. Si bien solicitamos las preferencias de su sitio, la ubicación no es garantizada.

Sitios de North Carolina Pre-K:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brogden Primary School | <input type="checkbox"/> Bright Beginnings Child Care/Preschool (2) | <input type="checkbox"/> Bright Beginnings II |
| <input type="checkbox"/> Eastern Wayne Elementary | <input type="checkbox"/> Fremont Stars Elementary | <input type="checkbox"/> Happy Days Child Care/Preschool (2) |
| <input type="checkbox"/> Carver Elementary (Mt. Olive) | <input type="checkbox"/> North Drive Elementary | <input type="checkbox"/> Northeast Elementary |
| <input type="checkbox"/> Meadow Lane Elementary | <input type="checkbox"/> School Street Elementary (2) | <input type="checkbox"/> Rosewood Elementary |
| <input type="checkbox"/> Spring Creek Elementary | <input type="checkbox"/> Small World Child Care/Preschool (6) | <input type="checkbox"/> Tommy's Road Elementary |
| <input type="checkbox"/> Wee are the World Child Care (Dudley) (3) | <input type="checkbox"/> WAGES Carver (Mt. Olive) (1) | <input type="checkbox"/> WAGES Royall Avenue (3) |

Esta el niño(a) actualmente en cuidado de niño(a) u otro sitio de pre-escolar? Yes No **Sí si, donde:** _____ **Por cuánto tiempo?** _____

El niño(a) ha estado antes en cuidado de niño u otro sitio de Pre-escolar? Yes No **Sí si, donde:** _____ **Por cuánto tiempo?** _____

Este niño recibe actualmente asistencia de subsidio por servicios de cuidado de niño? Si No

Si no, está el niño/familia en una lista de espera por subsidio? Si No

INFORMACION DE TRANSPORTACION

(Transportación para North Carolina Pre-K es proveído actualmente por WAGES Head Start y Wee Are the World)

Necesita Transportación? Si No **Sí si, anote el lugar de recoger:** _____

Anote el lugar para dejar: _____

*****Wee are the World ofrece servicios de transporte a un costo y en forma limitada SOLAMENTE.**

Servicios de transporte no están garantizados.

Si el transporte no está disponible, usted será capaz de llevar a su hijo a la escuela todos los días.

Yes No

Iniciales de Padres: _____

INFORMACION DE CUIDADO DE NINO DIA EXTENDIDO

Se requiere servicios de cuidado de niño de día extendido por este niño(a)? (El sitio de WCPS no ofrece cuidado de día extendido) Si No

Sí si, marca todo que apliqué: Cuidado antes de la escuela Cuidado después de la escuela Cuidado en días festivos Cuidado por el verano

Este niño recibe actualmente asistencia de subsidio por servicios de cuidado de niño?

Si No

Si no, está el niño/familia en una lista de espera por subsidio?

Si No

Tiene la familia arreglos alternos si servicios de cuidado de niño de día extendidas si no se puede proveer? Si No
 Si si, con quien: _____

REVISION DE VERIFICAION DE INGRESO DEL SIGUIENTE Y DE ELEGIBILIDAD:

Ser llenado por Administrador NC Pre-K Contrato SOLAMENTE

Basado en Revisión de Verificación de Ingreso del Siguiente:

____ Talones de Cheque ____ W-2 ____ Formas de los Impuestos ____ Manutención de los Hijos ____ Declaración del empleador

____ Declaración del DSS

____ Declaración de Verificación de Ingresos ____ Otro _____

ESTE NINO(A) ES CONSIDERADO(A) ____ ELIGIBLE ____ IN-ELIGIBLE para NC Pre-K ____

Verificación Completada por: _____

Revisado por: _____

PADRE / TUTOR - FAVOR DE LEER Y FIRMAR

Entiendo que esta es una solicitud de los servicios ofrecidos y no constituye la inscripción en cualquier programa. Yo certifico que la información dado en esta aplicación es verdadero y correcto y todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que esta información estoy dando por recibir fondos federales de del estado; que oficiales puede verificar la información en esta aplicación; y que falsificación deliberada de la información puede sujetarme a prosecución bajo leyes federales y/o del estado.

La información en esta aplicación puede ser usada solamente para determinar elegibilidad por el programa de NC Pre-K de Carlina de Norte North. Entiendo que estoy dando mi información que demuestra que estoy aplicando porque mi hijo será considerado por cualquier programa. La administración del programa puede verificar la información en este formulario con todas las entidades reportadas (incluyendo el Programa de Niños Excepcionales, el Departamento de Salud del Condado de Wayne, etc.) Yo renuncio a mis derechos a la confidencialidad para estos propósitos solamente.

Entiendo que si mi hijo será elegido(a) a participar en el programa, participación de padres será crítica para el logro de mi hijo(a). Yo / nosotros comprometemos a participar como requerido por los criterios del programa. También entiendo que, a menos que ya esté completado en un examen físico actual, mi hijo puede recibir exámenes de audición y visión en el sitio de colocación. En última instancia, es mi responsabilidad como padre asegurar que los exámenes sean completados.

Estoy de acuerdo en permitir que todos y cada uno de los documentos relacionados con la inscripción de mi hijo en el programa sean compartidos entre las agencias colaboradoras según sea necesario para el cuidado de mi hijo.

Certifico que soy el padre / guardián del niño para de quien se está haciendo esta solicitud. Si se solicita, toda la información relacionada con el niño se proporcionará a ambos padres / guardianes a menos que la documentación legal establezca lo contrario.

Firma del Padre (Cuidador Principal) (requerido)

Fecha

Firma del Padre (Cuidador Segundo) (sí aplica)

Fecha

Firma del Entrevistador (requerido)

Fecha

Verificaciones:

<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento del Nino (Certificado, Medico, Biblia de Familia)	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Estampía, si aplica
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid o Seguro Médico Privado del Nino	<input type="checkbox"/> Verificación de Ingresos(talones de cheques, LES, Manutención del niños, otro) <input type="checkbox"/> <u>Para Head Start/Early Head Start Solamente – se necesita verificación para los 12 meses anteriores</u> (Verificación aprobado incluye: forma del W-2, formas de los impuestos, talones de cheques originales, verificación del empleador, verificación del DSS)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Vacunas del Nino	<input type="checkbox"/> AFDC/TANF (Carta incluyendo cuánto dinero recibe),si aplica
Uso Oficial Solamente:	<input type="checkbox"/> Verificación de Necesidades Especiales del Nino, si aplica (IEP Completo y reciente, Registros Médicos, Carta del Organización
<input type="checkbox"/> Fecha de Examen Físico: _____ H _____ V _____	

	apropiada)
<input type="checkbox"/> Evaluación Dental: Date _____	<input type="checkbox"/> Otro