

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: (si diferente) _____					
Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____	
Condado: _____					
Teléfono Principal: <input type="checkbox"/> Casa () -		Teléfono alterno: <input type="checkbox"/> Casa () -			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
Correo Electrónico: _____					

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"/> Ninguna					
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 (Asma, Diabetes, Artritis, Obesidad) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significativa 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: _____ Se debe incluir un Plan de Acción para instruir al personal sobre cómo responder a emergencias médicas (incluyendo emergencias relacionadas con: convulsiones, reacciones alérgicas, diabetes, asma, etc.)					

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: _____	Teléfono: () _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código: _____
2	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código: _____
3	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre: _____	Dirección: _____	Teléfono: () _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código: _____
4	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre: _____	Dirección: _____	Teléfono: () _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código: _____
5	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre: _____	Dirección: _____	Teléfono: () _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código: _____
6	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre: _____	Dirección: _____	Teléfono: () _____	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco: _____	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 Asían
 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 Asían
 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	Notas Nombre de Empleador, O Ocupación
		M F				
		M F				

<u>Códigos de Estado Civil</u>	<u>D1 – Nivel de Educación</u>	<u>D2- Estado Laboral</u>
S – Soltero (a) M – Casado(a) D- Divorciado(a) SP- Separado(a) Otro _____	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 = Graduado de preparatoria	U= Desempleado(a) T=Estudiante F= Trabaja Tiempo Completo P= Trabaja Tiempo Parcial B= Estudiante Tiempo Completo L= Estudiante Tiempo Parcial M=Afuera por Razonas 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	(D3) Notas Escuelas que los hermanos asisten (primaria, secundaria, preparatoria, etc.)
C01		M F	
C02		M F	
C03		M F	
C04		M F	
C05		M F	
C06		M F	
C07		M F	

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
 Salud Mental
 Intervención de Niñez Temprano
 Otro? _____

Información de Necesidades Especiales

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

Yes No

¿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

Fecha que se inició IEP o IFSP: _____

Sospecha

Comentarios: _____

¿Sí no, ha sido referido el niño(a) para servicios relatado a la 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 referencia 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.)

¿Cuál 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. *** La cantidad de aulas disponibles se incluye junto al nombre del sitio si hay más de un aula disponible.

Sitios de North Carolina Pre-K:

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ____ Bright Beginnings (2) | ____ Bright Beginnings Site 2 (Hwy 111) | ____ Brogden Primary |
| ____ Carver Elementary | ____ Carver Head Start (3) | ____ Dillard Academy |
| ____ EasternWayne Elementary | ____ Fremont Stars | ____ Happy Days Child Care (2) |
| ____ Meadow Lane Elementary | ____ Northeast Elementary | ____ North Drive Elementary |
| ____ Rosewood Elementary | ____ Royall Avenue Head Start (3) | ____ School Street Early Learning Ctr. (2) |
| ____ Small World Child Care (6) | ____ Spring Creek Elementary | ____ Tommy's Road Elementary |
| ____ Wee are the World (Dudley) (4) | | |

¿Está el niño(a) actualmente en cuidado de niño(a) u otro sitio de pre-escolar? Si No Sí, donde: _____

Por cuánto tiempo? _____

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

¿Este niño recibe actualmente asistencia de subsidio por servicios de cuidado de niño? Si No
 Sí 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 sí, 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
 Sí no, está el niño/familia en una lista de espera por subsidio? Si No

¿Tiene la familia arreglos alternas sí servicios de cuidado de niño de día extendidas sí no se puede proveer2 no están disponibles? Si No
 Sí 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:

Basado en la Revisión de la siguiente Verificación de Ingresos (verifique los documentos presentados)

_____ *Registros de impuestos (W-2's, 1040- línea 7) o Horario (Schedule) C Beneficio o pérdida de los negocios, línea 7 Ingreso bruto menos 20% (trabajadores independientes)*

_____ *Talones de pago de un Mes (si es pago semanal – 4 talones de pago; si es por quincenal O' bimestral- 2 talones de pago; si es mensual – 1 talón de pago del mes).*

_____ *Talones de pago*

_____ *Enviar cartas de la Administración del Seguro Social*

_____ *Promesas de la Comisión de Seguridad del Empleo*

_____ *Declaraciones escritas del empleador*

_____ *Declaraciones firmadas cuando el individuo dice no tener un ingreso contable verificable*

_____ *Documentos de guardián o custodia*

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.

El Programa NC Pre-K requiere como mandato que el siguiente se completó dentro de 30 días después de que un niño entre en el Programa NC-K: Examen Físico, incluye audición, visión y exámenes dentales, y la tarjeta de vacunas. Si su hijo/a no tiene los exámenes de audición y visión necesarios anotados en el examen físico antes de la colocación, su hijo puede ser examinado en el sitio que sea instalado. Estas proyecciones no están garantizadas; Es su responsabilidad asegurarse las proyecciones para su hijo/a para cumplir con el mandato estatal. Los exámenes de Desarrollo y Social / Emocional deberán ser completos dentro de los primeros 90 días de inscripción.

Entiendo que mi hijo/a puede ser considerado “elegible” para el programa, pero puede ser colocado en la lista de espera ya que hay más solicitantes que espacios.

Entiendo que sí 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

Partnership for Children
(919)735-3371

