

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 () - <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"/> 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 Medicamente <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 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: _____ 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"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: () |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | Parentesco: | Ciudad: | Estado: Código: |
| 2 | <input type="checkbox"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | Parentesco: | Ciudad: | Estado: Código: |
| 3 | <input type="checkbox"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: () |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | Parentesco: | Ciudad: | Estado: Código: |
| 4 | <input type="checkbox"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: () |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | Parentesco: | Ciudad: | Estado: Código: |
| 5 | <input type="checkbox"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: () |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | Parentesco: | Ciudad: | Estado: Código: |
| 6 | <input type="checkbox"/> <i>Contacto</i> | Nombre: | Dirección: | Teléfono: () |
| | <input type="checkbox"/> <i>Entrega</i> | 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 | (D3) 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) DS- Esposo(a) Desplegado(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 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 Escuelas que los hermanos asisten (primaria, secundaria, preparatoria, etc.) |
|--|---------------------|-------|------------------|--------------------|--|
| C01 -----solicitante del programa----- | ----- | ----- | | | |
| C02 | | M F | | | |
| C03 | | M F | | | |
| C04 | | M F | | | |
| C05 | | M F | | | |
| C06 | | M F | | | |
| C07 | | M F | | | |

| <u>(D1) Códigos Relativos</u> | <u>(D2) Pariente Como</u> | <u>(D3) Códigos de Estado de Participación</u> |
|---|---|--|
| A01 – Adulto Primario A02 –Adulto Segundo B12 – Ambos Adultos (Incluye Padrastras/Madrastas) | C = Hijo Natural F= Hijo de Crianza G = Nieto(a) N= Sobrino(a) | 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 a la discapacidad sospecho? Yes No

¿Y si es as 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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bright Beginnings (2) | <input type="checkbox"/> Bright Beginnings Site 2 (Hwy 111) | <input type="checkbox"/> Brogden Primary |
| <input type="checkbox"/> Carver Elementary | <input type="checkbox"/> Carver Head Start (2) | <input type="checkbox"/> Dillard Academy |
| <input type="checkbox"/> EasternWayne Elementary | <input type="checkbox"/> Fremont Stars | <input type="checkbox"/> Happy Days Child Care (2) |
| <input type="checkbox"/> Meadow Lane Elementary | <input type="checkbox"/> Northeast Elementary | <input type="checkbox"/> North Drive Elementary |
| <input type="checkbox"/> Rosewood Elementary | <input type="checkbox"/> Royall Avenue Head Start (2) | <input type="checkbox"/> School Street Early Learning Ctr. (2) |
| <input type="checkbox"/> Small World Child Care (6) | <input type="checkbox"/> Spring Creek Elementary | <input type="checkbox"/> Tommy's Road Elementary |
| <input type="checkbox"/> 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

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

Si 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

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

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

Si sí, 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*

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

Firma del Padre (Cuidador Segundo) (sí aplica)



Fecha

Firma del Entrevistador (requerido)

Fecha

Verificaciones:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento del Niño (Certificado, Médico, Biblia de Familia) | <input type="checkbox"/> Verificación de Ingresos (talones de cheques, LES, Manutención del niño, otro) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid o Seguro Médico Privado del Niño | <input type="checkbox"/> Verificación de Necesidades Especiales del Niño, si aplica (IEP Completo y reciente, Registros Médicos, Plan de Acción, Carta del Organización apropiada) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Vacunas del Niño | <input type="checkbox"/> Documentación de falta de vivienda (si corresponde) |
| <input type="checkbox"/> Fecha de Examen Físico: _____ H _____ V _____ D _____ | <input type="checkbox"/> Otro: |