

2023-2024 North Carolina Pre-Kindergarten (NC Pre-K) Solicitud

Responda cada pregunta de manera clara y completa para garantizar un proceso de solicitud rápido y preciso.

Por favor elige tu ubicación:

- Preescolar Earl Bradsher
 Intervención rápida
 CDC del Colegio Comunitario de Piedmont

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Sexo del niño: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ <small>Mes Día Año</small>			
Raza: (Marque todo lo que corresponda):					
<input type="checkbox"/> Blanco/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático					
¿El niño es ciudadano de E.U.? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		¿El niño es residente de NC? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Condado de Residencia: _____	
¿El niño tiene un gemelo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico de los padres: _____			

INFORMACION FAMILIAR

Dirección completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		Numero primario de teléfono: _____			
		Contacto de emergencia: _____			
El niño vive con:					
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> P/M/ Padrastros <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres adoptivos					
Si el niño vive con un Tutor o custodio Legal, el adulto es: <input type="checkbox"/> Parientes de sangre/ No Parentesco					
Por favor indique la situación de su dirección: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Sin hogar/ Refugio de Emergencias <input type="checkbox"/> Refugio para Mujeres Maltratadas y Niños					
<input type="checkbox"/> Hogar de Acogida <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Hospital por 30 días o menos <input type="checkbox"/> Carente de dirección nocturna permanente					

Complete cada línea con los miembros de la familia que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación con el niño de NCPre-K	Fecha de Nacimiento	Edad	Asiste a la escuela (S/N)	Grado Escolar
1.	NC Pre-K Nino				
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Para Uso Oficial: Tamaño total de Familia _____

Madre / Madrastra / Nombre de la Custodia Legal:	Padre / Padrastro / Nombre de la Custodia Legal:
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastrros <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos	Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastrros <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos
Dirección Física: Marque si es la misma dirección postal	Dirección Física: Marque si es la misma dirección postal
Numero de telefono: _____	Numero de telefono: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Estado Laboral: (marque Si o No para cada pregunta) Madre esta empleada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre buscando empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Madre asistiendo educación secundaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Madre asistiendo escuela secundaria/ GED diploma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre atendiendo entrenamiento laboral: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro Empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado Laboral: (marque Si o No para cada pregunta) Padre esta empleado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre buscando empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre asistiendo educación Secundaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre asistiendo a la escuela secundaria/ GED diploma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre asistiendo entrenamiento Laboral: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Promedio de horas trabajadas por semana: _____ ¿Con qué frecuencia te pagan? Anual Mensual Dos Veces Mensual Quincenal Semana Envíe la documentación de pago en forma de: Cantidad correcta de talones de pago, W2, documentación de SSA, declaración firmada de no ingresos.	Promedio de horas trabajadas por semana: _____ ¿Con qué frecuencia te pagan? Anual Mensual Dos Veces Mensual Quincenal Semana Envíe la documentación de pago en forma de: Cantidad correcta de talones de pago, W2, documentación de SSA, declaración firmada de no ingresos.
<p style="text-align: center;">Estado de No Ingresos</p> Complete esta sección si está desempleado Yo, _____, certifico que como padre/cuidador legal de _____, no tengo ningún ingreso al momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión. _____ Firma del padre/cuidador legal (obligatorio): Fecha _____ Firma de verificación: Fecha Complete el formulario de verificación si NO tiene salario/No complete este formulario de verificación Si tiene ingresos.	<p style="text-align: center;">Estado de No Ingresos</p> Complete esta sección si está desempleado Yo, _____, certifico que como padre/cuidador legal de _____, no tengo ningún ingreso al momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión. _____ Firma del padre/cuidador legal (obligatorio): Fecha _____ Firma de verificación: Fecha Complete el formulario de verificación si NO tiene salario/No complete este formulario de verificación Si tiene ingresos.

FACTORES DE ELIGIBILIDAD

¿La familia o el niño hablan inglés en el hogar o es limitado? Si No

¿Cuál es el idioma primario que se habla en el hogar? _____

¿En qué lenguaje le gustaría que su hijo fuera evaluado, si aplica? _____

¿Tiene su hijo una condición de salud crónica o un problema de salud diagnosticado por un médico? No Si, Explique:

*Debe someter documentación de su médico o proveedor de salud

¿Tiene su hijo una necesidad de desarrollo o de aprendizaje? (Habla, audición, o comportamiento) No Si, Explique

*Debe someter documentación de su médico o proveedor de salud

Su hijo es dependiente de un padre que este activamente Si No en el ejército de los E.U.?

¿Padre o Tutor legal que haya sido herido o haya muerto durante el servicio militar? Yes No

COLOCACION PREVIA

Colocación previa del niño al momento de la inscripción

- Niño nunca ha atendido un salón preescolar o cuidado infantil
- Niño no está actualmente atendiendo (ex: en casa, pero atendió a un cuidado infantil)
- Niño asiste a un cuidado infantil no regulado
- Niño asiste a un cuidado infantil de 2 estrellas
- Niño no recibe subsidio, pero asiste a un programa preescolar o cuidado infantil regulado
- Niño recibe subsidio y asiste a un programa preescolar o cuidado infantil regulado

Actualmente el niño asiste a un cuidado infantil, preescolar, o programa parcial:

Si, Nombre del Programa: _____

No

¿Si contesto sí, asistió el niño al programa de 3 años? Si No

¿Está actualmente inscrito en el programa de subsidio para el cuidado de niño de DSS? Si No

EVALUACION FISICA

¿En el último año, ha tenido su niño un examen físico? Si No

Fecha de examen físico: _____ (mes, día, año)

¿Ha tenido su hijo una evaluación de desarrollo? Si No

Fecha de evaluación: _____ (mes, día, año)

DISCAPACIDADES

¿Su niño, ha sido referido a una evaluación para discapacidad o ha sido identificado con alguna discapacidad? Si No

¿Tiene la fecha del Referido? Si No N/A Fecha del Referido _____

¿Cuál fue la decisión en base al referido? N/A No se identificó discapacidad Evaluación en proceso

Uno o más discapacidades identificadas No tengo información

Las discapacidades identificadas a mi niño son (marque las que aplican) N/A Autismo Sordo-Ciego Auditiva

Múltiples discapacidades Otros problemas de salud Ortopédica Habla/Lenguaje Visual Lesión traumática Desarrollo preescolar retrasado

¿Tiene su niño un Plan de Educación Individual (IEP) activo? Si No

¿Ha sido su niño referido a servicios relacionados con su discapacidad? N/A Si No No tengo información

¿Esta su hijo recibiendo servicios por discapacidad? N/A Si No Especifique el tipo de servicio _____

**PARTICIPACION Y RESPONSABILIDAD DE LOS
PADRES**

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para el recibo de fondos estatales. Los funcionarios de NC Pre-K pueden verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede estar sujeta a enjuiciamiento según las leyes estatales aplicables.

Escriba sus iniciales junto a cada declaración.

1. (iniciales) _____ Certifico que toda la información dada es verdadera y correcta y que todos los ingresos están informados. Entiendo que esta información se da para el recibo de fondos estatales. Los funcionarios de NC Pre-K pueden verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede estar sujeta a enjuiciamiento según las leyes estatales aplicables.
2. (iniciales) _____ La información en este formulario se usará para determinar la elegibilidad para el programa NC Pre-K. Entiendo que estoy divulgando información para que mi hijo pueda ser considerado para el programa NC Pre-K.
3. (iniciales) _____ Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en el programa NC Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo. Yo/nosotros nos comprometemos a participar tanto como sea posible en el programa NC Pre-K.
4. (iniciales) _____ Entiendo que el transporte hacia y desde los sitios de NC Pre-K es responsabilidad de la familia.
5. (iniciales) _____ La información de este formulario se utilizará para determinar la elegibilidad de los programas de Pre-K de Carolina del Norte. Por la presente doy a conocer la información para que mi hijo pueda ser considerado para estos programas. La agencia designada puede compartir y/o verificar toda la información relacionada con mi hijo.
6. (iniciales) _____ Entiendo que NC Pre-K está diseñado para servir a los niños y que tanto yo como el programa NC Pre-K haremos todo lo posible para mantener la inscripción, la asistencia y la participación de mi hijo.

Firma del Padre/Tutor Legal

Yo certifico que soy el padre/tutor legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Yo certifico que toda la información contenida en esta aplicación es precisa y completa de acuerdo con mi mejor entendimiento incluyendo la información financiera. Entiendo que esta solicitud es para posible inscripción, y seré notificado si mi niño ha sido aceptado al programa.

Firma Padre/Tutor Legal (requerido):

Nombre

Firma

Fecha



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIO / “SIN INGRESOS”

Este formulario debe completarse si está desempleado, paga en efectivo o no recibe talones de pago.

Padre/Cuidador Legal: _____

El nombre del niño: _____ Niño Fecha de nacimiento: ___/___/___

Estoy empleado.

Soy trabajador por cuenta propia.

Yo obtuve \$ _____ ingresos durante los últimos doce meses.

Nombre de Empresa _____ Título: _____

City, State, Zip: _____

Soy un padre que se queda en casa.

Estoy desempleado. (Complete la siguiente sección).

Durante los últimos 12 meses mi familia recibió:

\$ _____ Semanal Quincenal Mensual

Elige tus fuentes de ingresos:

- Manutención de los hijos
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas/Work First
- Cupones de alimentos/SNAP/EBT
- Seguridad de Ingreso Suplementario
- Ingresos de la Administración del Seguro Social
- Compensación de trabajadores
- Pensión de retiro
- Asistencia de un familiar
- Beneficios para veteranos/militares

Escriba cómo ha estado cubriendo los gastos de las necesidades básicas de alimentación, ropa y vivienda de su familia:

Mi firma a continuación certifica que según mi mejor conocimiento, toda la información anterior es verdadera y precisa.

Firma del padre/cuidador legal: _____ FECHA: _____

Firma de verificación: _____ FECHA: _____