

Aplicacion para Pre-Kinder para las Escuelas del condado de Vance Titulo I para el año 2020-2021

Su hijo debe tener 4 años en o antes del 31 de agosto de 2020.

Si usted está interesado en solicitar, por favor devuelva la solicitud y los documentos de apoyo a una de las escuelas primarias o Oficina Central, ubicada en 1724 Graham Ave. Henderson NC 27536. Completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa Pre-Kindergarten.

Ninguna solicitud se considerará completa hasta que se haya recibido la siguiente información.

1. Prueba de nacimiento de la solicitud completada (certificado de nacimiento, registros médicos o registros de inmunización)
2. Prueba de ingresos (W-2, Manutención de Niños, Seguro Social, Jubilación, Discapacidad, Beneficios de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Asistencia Pública/Primer Beneficio del Trabajo, Pago Militar o 3 recibos de recibos consecutivos).
3. Cada padre o tutor que no esté empleado o no tenga una fuente regular de ingresos deberá completar una declaración con respecto a ningún ingreso y enumerar la fuente de apoyo para la familia.
4. Comprobante de residencia (factura de servicios públicos actual o contrato de alquiler)

Una vez que un niño es aceptado en el programa, será necesario presentar lo siguiente:

1. Registro de Inmunización del Niño
2. Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en) si corresponde
3. Evaluación de la salud incluyendo dental, visión y audición completada por el médico dentro de los 30 días de la inscripción
4. Prueba de Medicaid (solo sitios de Head Start) si corresponde

Por favor, escriba de forma legible y complete todas las líneas.

Nombre Legal del Niño, Apellido:			Nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:	¿Este niño nació en el U.S.A.? <input type="checkbox"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social del Niño:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Latina <input type="checkbox"/> asiática <input type="checkbox"/> India	
El niño vive con:			Relación con el niño:			
Dirección de la calle:			¿Cuánto hace que vives en esta dirección?			
Ciudad:		Estado:	Zip Code:		County of residence:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell			Teléfono alternativo: Nombre y relación: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell			
¿El niño está actualmente en cuidado de niños/cuidado diurno/Head Start o cualquier otro programa De-K? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre:			¿El niño ha estado previamente en cuidado de niños/cuidado diurno/Head Start o cualquier otro programa de Pre-K? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre:			
¿El niño ha tenido una evaluación formal del desarrollo? (Ex.: CDSA) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			¿Su hijo tiene un IEP a través del Programa Infantil Excepcional ¿Su hijo recibe: <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Other			
Salud del Niño Estado: (elijá uno)	<input type="checkbox"/> El niño no tiene problemas de salud significativos		<input type="checkbox"/> el niño es visto o esta siendo visto por un pediatra especialista para un problema de salud crónica		<input type="checkbox"/> El niño se identifica como mental o físicamente crónicamente enfermos o médicamente frágiles	

¿Su hijo habla otro idioma **que no sea** el inglés? Si No

En caso afirmativo, ¿qué idioma habla el niño en casa? _____

¿Su hijo necesita la prueba de detección pre-K en: Ingles Espanol (por favor marque **SOLO** uno)

INFORMACIÓN FAMILIAR

¿Con quién vive el niño?

Madre y Padre

Padre solamente

Padre adoptivo _____

Solo madre

Abuelo(s)

Guardian legal _____

¿Su familia tiene actualmente un arreglo de vida estable? SI No (Explique)

Nombre de la madre/madrastra/tutor _____ Vive con el niño? Si NO

Telefono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Lugar de trabajo de la madre: _____ Telefono # _____
 Empleado Búsqueda de empleo Desempleado En la educación postsecundaria
 En la Escuela Secundaria o en un Programa GED En entrenamiento

Ingresobruto de la Madre (antes de impuestos): Semanal: _____ Quincenal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

Nombre del padre/padrastro/guardián _____ Vive con el niño? Si NO

Telefono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Lugar de trabajo del padre: _____ Telefono # _____
 Empleado Búsqueda de empleo Desempleado En la educación postsecundaria
 En la Escuela Secundaria o en un Programa GED En entrenamiento

Ingresobruto de la Madre (antes de impuestos): Semanal: _____ Quincenal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

¿Cuál es el tamaño de la familia del niño? (Incluya el nombre de otros niños en Pre-K) _____

Por favor, enumere los nombres de TODOS los miembros de la familia que viven en el hogar.

Nombre	Relacion con el niño	Fecha de Nacimiento	Edad

¿Es al menos un padre o tutor legal de este niño un miembro activo del ejército? Si No
Si es así, ¿está desplegado este padre? Si No ¿Está programado este padre para implementar? Si No
¿Un padre o tutor legal de este niño ha sido gravemente herido o asesinado mientras estaba en servicio activo? Si No

****Certifico que esta información es cierta. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo en el programa puede ser cancelada.**

Firma _____ Fecha _____

(Office Use Only)

Eligibility (Title 1 _____ NC Pre-K _____)
Assessment Score _____
Screening date _____

Eligibility Confirmed By _____ Date _____
Health Assessment Date _____
Income Received: Mother _____ Father _____

School Assigned _____

Teacher Assigned _____