

**Solicitud de VCS Título I y NC Pre-K para el año escolar 2022-2023**  
**Su hijo debe cumplir 4 años el 31 de agosto del 2022 o antes.**

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

Ninguna solicitud se considerará completa hasta que no se haya recibido la siguiente información.

- o Solicitud completa
- o Comprobante de nacimiento (certificado de nacimiento, registros médicos o registros de vacunación)
- o Comprobante de ingresos (W-2, manutención infantil, seguro social, jubilación, discapacidad, beneficios por desempleo, compensación laboral, asistencia pública / beneficios Work First, pago militar o 3 recibos recientes de pagos consecutivos.
- o Cada padre o tutor que no esté empleado o que no tenga una fuente regular de ingresos deberá completar una declaración sobre la falta de ingresos y dar a conocer la fuente de sustento de la familia.
- o Comprobante de residencia (factura de servicios públicos actual o contrato de alquiler)

Una vez que un niño sea aceptado en el programa, deberá enviar lo siguiente:

- o Registro de vacunación del niño
- o El Plan de Educación Individualizado (IEP) si corresponde
- o Evaluación de salud que incluya evaluación dental, de la vista, y auditiva realizada por un médico dentro de los 30 días posteriores a la inscripción
- o Prueba de Medicaid (solo sitios de Head Start) si corresponde

**Imprima de forma legible y complete todas las casillas.**

Apellido legal del niño:		Nombre:		2do Nombre:	
Fecha de Nacimiento	Nació el niño en los EE.UU.?	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N° de seguro social del niño:		Raza del Niño: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India
Nombres y apellidos de las personas con quien vive el niño:			Relación hacia el niño:		
Dirección del domicilio:			¿Hace cuánto que vive en esta dirección?		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	País de residencia:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> móvil			Teléfono alterno: <b>Nombre, apellido y relación:</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> móvil		
¿Está el niño al cuidado de una guardería / Head Start o de cualquier otro Programa de Pre-K? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del lugar:			¿Ha estado el niño al cuidado de una guardería / Head Start o de cualquier otro Programa de Pre-K? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿A qué edad? _____ Nombre del Lugar:		
¿Ha tenido el niño una evaluación formal del desarrollo? (Ej.: CDSA) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			¿Tiene su hijo un IEP a través del Programa de Niños Excepcionales? Su niño recibe: <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional y/o física <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado de la Salud del niño: (elija uno)	<input type="checkbox"/> el niño no tiene problemas de salud importantes	<input type="checkbox"/> El niño ha sido tratado o está siendo tratado por un especialista pediátrico debido a algún problema de salud crónico.		<input type="checkbox"/> el niño es identificado como enfermo crónico mental o físicamente o médicamente frágil	

¿Su niño habla otro idioma aparte del inglés?  Sí  No

Si es así, ¿qué idioma habla el niño en casa? \_\_\_\_\_

Su hijo necesita el examen de pre kínder en:  Inglés  Español (por favor marque **SOLO** uno)

## Información sobre la Familia

¿Con quién vive el niño?

0 Madre y Padre  
0 Solo la Madre

0 Solo el Padre  
0 Abuelos

0 Padres Adoptivos \_\_\_\_\_  
0 Tutor Legal \_\_\_\_\_

¿Su familia tiene actualmente un arreglo de vida estable?

Sí  No (Por favor explique)

Nombre / apellido de la madre / madrastra / tutor \_\_\_\_\_ Vive con el niño SI NO

Número telefónico del Hogar \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Lugar de empleo de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Empleada  Buscando Empleo  Desempleada  En estudios universitarios

En un Programa de Bachillerato o GED  En capacitación para el trabajo

Ingreso bruto de la madre (antes de impuestos): Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_ Anual: \_\_\_\_\_

Nombre / apellido del padre / padrastro / tutor \_\_\_\_\_ Vive con el niño SI NO

Número telefónico del Hogar \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Lugar de empleo del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Empleado  Buscando Empleo  Desempleado  En estudios universitarios

En un Programa de Bachillerato o GED  En capacitación para el trabajo

Ingreso bruto del padre (antes de impuestos): Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_ Anual: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tamaño de la familia del niño, incluido el solicitante? \_\_\_\_\_ Número total (no incluya abuelos, tías, tíos o primos)

Enliste los nombres de TODOS los miembros de la familia que viven en el hogar, incluido el solicitante. (No incluya abuelos, tías, tíos o primos)

Nombre del miembro (nombre y apellido)	Relación hacia el niño	Fecha de nacimiento (00/00/00)	Edad

¿Es al menos uno de los padres o el tutor legal de este niño un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas?

Sí  No

Si es así, este padre está en servicio activo  Sí  No ¿Este padre está programado para entrar en servicio?  Sí  No

¿Algún padre o tutor legal de este niño ha resultado gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio activo?  Sí  No

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

Firma del padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

-----  
**(Office Use Only)**

Eligibility (Title 1 \_\_\_\_\_ NC Pre-K \_\_\_\_\_)

Assessment Score \_\_\_\_\_

Screening date \_\_\_\_\_

School Assigned \_\_\_\_\_

Eligibility Confirmed By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Health Assessment Date \_\_\_\_\_

Income Received: Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_

Teacher Assigned \_\_\_\_\_