

2018-2019 Aplicación de Preescolar

Los programas Preescolares del Condado de Randolph están buscando niños quienes tendrán 3*años de edad (en algunos lugares solamente) o niños que cumplirán 4 años para el 31 de agosto del 2018, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar de NC.

Favor de mandar (COPIAS) de lo siguiente con su aplicación (sin estos documentos, su aplicación será considerada incompleta y no será procesada): Acta de Nacimiento del niño(a) Tarjeta de vacunación del niño(a) Verificación de ingresos (3 talones de cheques consecutivos de **cada padre** o copia de sus formas 1040 del presente año **SOLO** si trabaja por su cuenta y copia de cheque de asistencia pública o pago por manutención si recibe) Identificación con foto y dos comprobantes de domicilio.

Favor de mandar su aplicación y copia de todos los documentos a la siguiente dirección:

**RANDOLPH COUNTY
PARTNERSHIP FOR CHILDREN
349 SUNSET AVENUE
ASHEBORO, NC 27203
(336) 629-2128**

**HEAD START*
118 VIRGINIA AVE
P.O BOX 1883
ASHEBORO, NC 27204
(336) 672-5570**

**EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTER*
1738 N. FAYETTEVILLE ST
ASHEBORO, NC 27203
(336) 672-6636**

INFORMACIÓN ACERCA DE SU NIÑO

Nombre del niño _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Apodo

Fecha de nacimiento ____/____/____
Mes Día Año ___Niño o ___Niña

Seleccione el grupo étnico y luego seleccione la raza de su hijo: _____Hispano _____No Hispano

Raza (marque todos que corresponden): _____asiático _____Negro/Afroamericano _____ Nativo Hawaiiano/Isla Pacifica
 _____Blanco/Americano Europeo _____Nativo Americano Indio/ Nativo de Alaska)

Idioma principal de la familia: _____ Alguien en el hogar puede hablar inglés? _____Sí _____ No

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre de Padres o Guardián Legal(es) quienes viven en la casa:

Apellido Nombre Segundo Nombre Teléfono TEL Alternativo

Apellido Nombre Segundo Nombre Teléfono TEL Alternativo

Dirección de la familia _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo (solo si es diferente) _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cabeza del hogar: Un padre soltero(o madre) Papa y mama, Casados Papa y mama, No casados
 Guardián legal(es) 50/50 Custodia compartida Otra situación: _____

¿Cuantas personas viven en su casa? _____ **Cuantos adultos** _____ **Cuantos Niños** _____
Edades de todos los Niños _____

PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO Y AFIRMACION DE INFORMACION

- Yo entiendo que mi hijo/a, será examinado si es aceptado/a para determinar si es elegible para otros servicios que le ayuden a prepararlo/a mejor para entrar al kínder. Su firma también da permiso a la escuela de evaluar: la visión, salud dental, la audición y el desarrollo total.
- Una vez inscrito en el programa NC Pre-K, se requiere asistencia diaria. Una mala asistencia podría resultar en que el niño/a pierda su espacio preescolar.
- Yo entiendo que mi aplicación será compartida con otras agencias que ofrecen servicios preescolares y subsidios para asegurar que todos los niños sean servidos.

Mi firma también confirma que la información provista en esta aplicación es correcta y completa.

_____ **Firma de Padre/Guardián**

_____ **Fecha**

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2018-2019

Sus respuestas a las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar la elegibilidad de su hijo/a y se mantendrán completamente confidenciales. **Favor de contestar todas las preguntas lo más precisas que le sean posible.**

1. Información de los miembros de la Familia (solamente Madre, Padre y hermanos menores de 18 años)

Nombre	Relación al Niño (Padre, etc.)	Ingreso Anualmente	Edad
	Madre	\$	
	Padre	\$	

2. Indique el tiempo que los padres trabajan o estudian. Por favor circular. **F/T**=tiempo completo **P/T**= tiempo parcial.

Madre: ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: _____ Título del trabajo _____
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? _____ Horas de trabajo _____ Días de empleo _____
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: _____ Escuela _____
 Ama de Casa _____ Buscando trabajo _____ Deshabilitado _____ Otro (explique) _____
Padre: ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: _____ Título del trabajo _____
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? _____ Horas de trabajo _____ Días de empleo _____
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: _____ Escuela _____

3. Por favor, indique con un círculo el nivel de educación que cada persona ha completado: **Recibió?**
La Madre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más **GED**
El Padre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más **GED**

4. ¿Quién actualmente cuida a su hijo/a mientras que usted trabaja o asiste clases?
 _____ Guardería/Centro de cuidado de niños cual _____ Ciudad _____
 _____ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa
 _____ Programa de Head Start _____ Ciudad _____
 _____ Un Familiar o Pariente
 _____ Otra Persona – Especifique, Por Favor: _____

5. ¿Si su niño no está en una guardería ahora, a estado él/ella antes en un programa de cuidado de niños?
 ___ Si ___ No Nombre de la guardería _____ Ciudad _____

6. Para asistimos mejor en asignar a su hijo a un salón preescolar, ¿Su hijo, sabe usar el baño? ___ Sí ___ No

7. ¿Tiene su niño/a o ha tenido alguna condición crónica de salud? ___ Sí ___ No
 ¿Contestó si, cuál es? _____

8. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya ha recibido servicios como niño/a excepcional? ___ Sí ___ No
 Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o está recibiendo.
 De Hablar (Speech) Terapia Física Deshabilitad Identificada- especifique _____
 Servicios Educativos Salud Mental Fecha de Servicios _____

9. ¿Alguno de los padres o guardián legal es miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o a sido llamado por las autoridades correspondientes a brindar servicio activo durante los últimos o siguientes 18 meses? ___ Si ___ No

10. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? ___ Si ___ No

11. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? _____ ¿Está en lista de espera para recibir ayuda? _____

12. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? _____ ¿Si es así cual escuela? _____

13. ¿Cómo se enteró usted de este programa? _____

14. Transportación es limitada, pero si es disponible en su área, necesitara transportación su hijo/a? Si No

15. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médico del Niño(a) _____

16. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) _____

17. Randolph Health será usado en caso de Emergencia. A menos que usted indique otro hospital _____