

## 2019-20 *Preschool Randolph* Aplicación

Esta es una aplicación universal para programas preescolares en el Condado de Randolph, incluyendo NC Pre-K (programa preescolar financiado por el estado para niños de 4- años elegible); Head Start (Programa preescolar con fondos federales para niños de 3 y 4- años; y Smart Start/Duel Subsidy (programa preescolar financiado por el estado para niños de 3- años).

### INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre de niño/a \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido                                  Nombre                                  Segundo Nombre                                  Apodo                                  Mes / Día / Año

El niño/a es:  Niño  Niña      Ciudadanía del niño/a: Ciudadano estadounidense  Sí  No

Etnicidad del niño/a:  Hispano  No-Hispano

Raza (marque todos los que le corresponda):  Asiático  Negro/Afroamericano  Nativo Hawaiano/Isla Pacifica  
 Blanco/Americano Europeo  Nativo Americano Indio/Nativo de Alaska

¿Esta su hijo actualmente inscrito en algún tipo de programa preescolar?  Sí  No

Si contesto si, favor de especificar:

Centro de cuidado infantil/Hogar  Head Start Nombre de Programa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Otro: Favor de especificar \_\_\_\_\_

Si su hijo no está en un programa, ¿ha estado alguna vez en algún tipo de programa de cuidado infantil?

Si  No

Si contesto si, ¿cuándo fue el último día que atendió? \_\_\_\_\_ y donde: \_\_\_\_\_

Centro de cuidado infantil/Hogar  Head Start Nombre de Programa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

¿Está su hijo recibiendo subsidio para el cuidado de niños?  Sí  No      ¿Esta en lista de espera para recibir subsidio?  Sí  No

¿Si se ofrece transportación en su área, necesitaría su hijo/a transportación? (*Note: Transportación es limitada*)  Sí  No

¿Su hijo/a tiene una condición de salud crónica?  Sí  No

¿Si así es, cual es la condición de salud? \_\_\_\_\_

¿Es recibiendo servicios su hijo/a para necesidades especiales o discapacidades actualmente?  Si  No

¿Si así es, quien provee los servicios y dónde? \_\_\_\_\_

Favor de especificar cuáles servicios (marque todos los que le apliquen)

Habla  Terapia Física  Servicios Educativos  Discapacidad Identificada: Favor de especificar \_\_\_\_\_

Salud Mental  Otro: Favor de especificar \_\_\_\_\_

### INFORMACION FAMILIAR

#### MIEMBROS DEL HOGAR (solo padres/tutores legales y hermanos menores de 18 años que viven en el hogar)

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			SOLO MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR		
Nombre	Relación al Niño/a	Edad	Situación Laboral	Situación Escolar	Educación
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Trabajo de posgrado o superior

**INFORMACION FAMILIAR** (continuado)

Idioma principal de la familia \_\_\_\_\_ ¿Alguien en el hogar puede hablar inglés?  Si  No

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_ NC \_\_\_\_\_ Condado de Randolph  
Calle Ciudad Código Postal

Domicilio de correo (si es diferente al de su hogar) \_\_\_\_\_

¿Vive su familia en un hotel/motel, automóvil, lugar público, refugio, campamento o vivienda temporal?  Si  No

¿Uno de los padres o tutor legal del niño/a esta activo en el servicio militar (durante los últimos o próximos 19 meses) o han sido discapacitado o asesinado mientras prestaba servicio activo militar?  Si  No

¿Hay hermanos del niño/a actualmente matriculados en una escuela primaria?  Si  No ¿Si así es, cual escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo es entero del programa preescolar en el condado de Randolph? \_\_\_\_\_

**VERIFICACIONES: Debe adjuntar lo siguiente para completar su solicitud:**

- Certificado de nacimiento del niño/a
- Registro de vacunación actualizado del niño/a
- Prueba de ingresos
  - Tres (3) talones de cheque consecutivos (los últimos tres o tres que sean seguidos) de los padres/tutores legales en la casa que trabajen o si trabaja por cuenta propia (independiente), formularios 1040 de impuestos del año en curso
- Y
- Copia de toda asistencia pública, incluyendo manutención de su hijo/a (si es aplicable)
- Dos (2) documentos demostrando su dirección actual (facture de servicios públicos, recibo de sueldo, contrato de arrendamiento, declaración del propietario, etc.)
- Tarjeta de Medicaid (si aplicable)

**RECONOCIMIENTOS**

Al firmar esta solicitud, entiendo que:

1. Esta solicitud debe completarse en su totalidad y debo proveer copias de los documentos de verificación para que mi hijo/a sea considerado para los programas preescolares enumerados,
2. La información que he proporcionado es verdadera y precisa, y
3. Si cualquier información presentada en o con esta solicitud es fraudulenta, mi hijo/a puede ser descalificado para recibir servicios preescolares.

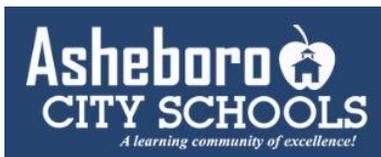
Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Devuelva la solicitud completa con todas las verificaciones de niño a:

Early Childhood Development Center  
1738 N. Fayetteville St.  
Asheboro, NC 27203

Contact: 336-672-6636



Randolph Partnership for Children  
349 Sunset Ave.  
Asheboro, NC 27203

Contact: 336-629-2128



RCS Head Start  
118 Virginia Ave./PO Box 1883  
Asheboro, NC 27203

Contact: 336-672-5570

