

2023-2024 Aplicación Preescolar para el Condado de Randolph

Los programas Preescolares del Condado de Randolph están buscando niños que viven en el Condado de Randolph y quienes tendrán 3 años de edad (en algunos lugares selectos) o niños que cumplirán 4 años para el 31 de agosto del 2023, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar de NC. Complete todas las preguntas en el anverso y reverso de esta solicitud. Debe proporcionar la siguiente documentación que se detalla a continuación para que su solicitud sea procesada.

Sin copias de estos documentos, su solicitud no puede ser considerada:

- Acta de Nacimiento del niño(a) Tarjeta actualizada de vacunación del niño(a) Verificación de ingresos (4 talones de cheques consecutivos de **cada padre** en el hogar o copia de sus formas 1040 del presente año **SOLO** si trabaja por su cuenta el año actual Identificación con foto de los padres 2 facturas (factura de agua, electricidad o celular) con su nombre, dirección y que muestren una fecha actual como prueba de residencia o su contrato de alquiler/arrendamiento Tarjeta de Medicaid Documentos de tutela si son necesarios Copia de programa educativo individualizado (si es aplicable)

Adjunte copias de los documentos y devuelva el formulario de solicitud completo a:

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

**HEAD START*
118 VIRGINIA AVE, ASHEBORO
ENVIO: P.O BOX 487
RANDLEMAN, NC 27317
(336) 672-5570**

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

INFORMACIÓN SOBRE SU NIÑO

Nombre del niño _____
 Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apodo _____
 Fecha de nacimiento _____ Niño _____ Niña _____
 Mes _____ Día _____ Año _____
 Seleccione el grupo étnico: _____ *Hispano* _____ *No Hispano*
 Raza (marque todos que corresponden): _____ *Asiático* _____ *Negro/Afroamericano* _____ *Nativo Hawaiano/Isla Pacífica*
 _____ *Blanco/Americano Europeo* _____ *Nativo Americano Indio/ Nativo de Alaska*
 Idioma principal de la familia: _____ ¿Alguien en el hogar puede hablar inglés? _____ Sí _____ No
 **1ª opción del sitio Preescolar preferido _____ 2ª Opción _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre de los padres o tutores legales: enumere solo si vive en el hogar:

Madre _____ Teléfono _____ # de Emergencia _____
 Apellido _____ Nombre _____
 Padre _____ Teléfono _____ # de Emergencia _____
 Apellido _____ Nombre _____
 Dirección de la familia _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Dirección de correo (solo si es diferente) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Cabeza del hogar: Un padre/madre Dos padres casados Dos padres, no casados Guardián legal(es)
 50/50 Custodia compartida Custodia Temporal/Segura Proveedor de Parentesco Otra situación: _____
 ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ **Cuántos padres del niño en el hogar** _____ **Cuántos Niños** _____
Edades de todos los niños _____

PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO/A Y AFIRMACION DE INFORMACION

- Entiendo que, si mi hijo está inscrito, él/ella también puede ser evaluado para determinar la elegibilidad para otros servicios que lo ayudarán a prepararse para el jardín infantil. Mi firma le da permiso a la escuela para permitir que mi hijo sea examinado para el desarrollo de la vista, dental, auditivo y general.
- Una vez inscrito en el programa NC Pre-K, se requiere la asistencia diaria. La mala asistencia podría resultar en que el niño pierda el espacio.
- Entiendo que mi solicitud se compartirá con las agencias que brindan subsidios para Pre-K y cuidado de niños para garantizar que los niños sean atendidos.
- **Mi firma confirma que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa.**
- **Si cualquier información presentada en o con esta solicitud es fraudulenta, mi hijo puede ser descalificado para los servicios.**

_____ **Firma de Padre/Guardián** _____ **Fecha** _____
 Correo electrónico _____

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2023-2024

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 miembros que viven en casa (Madre, Padre, o guardián, y hermanos menores de 18 años)

Nombre: (solo anote si vive en casa)	Relación al Niño/a	Fecha de nacimiento	Ingreso Anualmente de padres
	Madre (o guardián/tutor)		\$
	Padre (si vive en casa)		\$
			XXX
			XXX
			XXX
			XXX
			XXX

2. ¿Están los padres de esta familia empleados o matriculados en la escuela? Por favor marque.
 Madre: Trabajando/Buscando F/T P/T Empleador: _____ Cargo: _____
 ¿Cuánto tiempo empleado aquí? _____ Horas por semana _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____
 En la escuela F/T(tiempo completo) P/T(tiempo parcial) Curso de estudio: _____ Escuela: _____
 Desempleado _____ Buscando trabajo _____ Discapacidad _____ Otro (explica) _____
 Padre: Trabajando/Buscando F/T P/T Empleador: _____ Título del trabajo _____
 ¿Cuánto tiempo empleado aquí? _____ Horas por semana _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____
 En la escuela F/T P/T Curso de estudio: _____ Escuela: _____
 Desempleado _____ Buscando trabajo _____ Discapacidad _____ Otro (explica) _____

SIN DECLARACION DE INGRESOS: Favor de completar **SOLAMENTE** si actualmente este desempleado y no recibe ninguna fuente de ingresos. Yo, _____ no tengo ingresos de ningún tipo en este momento: Firma: _____

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

4. ¿Está su hijo actualmente inscrito en algún tipo de programa preescolar? _____ Si (por favor indíquelo) _____ No
 _____ Guardería/Centro de cuidado de niños cual _____ Ciudad _____
 _____ Head Start nombre del sitio: _____
 _____ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa
 _____ Otra Persona (familiar/pariente) Especifique, por favor: _____

5. ¿Si su hijo no está en un programa, ¿ha estado alguna vez en algún tipo de programa de cuidado infantil? _____ Si _____ No
 Contesto Si, cual fue la última fecha de atender _____ Nombre del centro de cuidado, hogar, preescuela o programa
 Head Start _____ Ciudad _____

6. ¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido una condición de salud crónica? _____ Sí, actualmente _____ Sí, anteriormente _____ No
 En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud? _____

7. ¿Recibe su hijo servicios por una necesidad especial o discapacidad? _____ Sí, actualmente _____ Sí, anteriormente _____ No
 En caso afirmativo, especifique (marque todo lo que corresponda) Fecha **de los servicios:** _____
 _____ Habla _____ Terapia Física
 _____ Servicios Educativos _____ Discapacidad Identificada- Por favor especifica _____
 _____ Salud Mental _____ Otro- Por favor especifica _____

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

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

10. ¿Recibe ayuda para pagar la guardería (subvención)? _____ ¿Está en lista de espera para recibir ayuda? _____

11. ¿Hay hermanos actualmente matriculados en una escuela primaria? _____ ¿Si es así cual escuela? _____

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

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

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

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

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