

2020-2021 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 2020, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar de NC.

Favor de mandar (COPIAS) de lo siguiente con su aplicación para considerar la aplicación completa:

Acta de Nacimiento del niño(a) Tarjeta de vacunación del niño(a) Verificación de ingresos (4 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) Identificación con foto y dos comprobantes de domicilio) Tarjeta de Medicaid Documentos de tutela si son necesarios Copia de programa educativo individualizado (si es aplicable)

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 ____/____/____ ___Niño o ___Niña
Mes Día Año

Seleccione el grupo étnico y luego seleccione la raza de su hijo: ____Hispano ____No Hispano

Raza (marque todos que corresponden): ____ Asiático ____Negro/Afroamericano ____ Nativo Hawaiano/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:

_____ Teléfono _____ TEL Alternativo _____
 Apellido Nombre Segundo Nombre

_____ Teléfono _____ TEL Alternativo _____
 Apellido Nombre Segundo 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 soltero(o madre) Papa y mama, casados Papa y mama, no casados
 Guardián legal(es) 50/50 Custodia compartida Otra situación: _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____ Cuántos adultos _____ Cuántos Niños _____
Edades de todos los niños _____

PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO/A 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 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 preescolar, se requiere **asistencia diaria**. 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 subvención para asegurar que todos los niños sean servidos.
- **Al firmar confirmo que la información provista en esta aplicación es correcta y completa.**
- **Si cualquiera de esta información es fraudulenta, mi hijo/a podría ser descalificado para servicios preescolares.**

Firma de Padre/Guardián

Fecha

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2020-2021

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/a	Ingreso Anualmente de padres	Fecha de nacimiento
	Madre (o guardián/tutor)	\$	
	Padre (si vive en casa)	\$	

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 _____ Discapacitado _____ 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 _____
 Amo de Casa _____ Buscando trabajo _____ Discapacitado _____ Otro (explique) _____

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 cuida a su hijo/a mientras usted trabaja o asiste clases?**
 _____ 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. ¿Esta su hijo/a asistiendo en un programa preescolar o centro de cuidado de niños actualmente? Si No
 Nombre del centro de cuidado _____ Ciudad _____

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

7. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya ha recibido servicios de discapacidad o necesidades especiales? Sí No
 Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o está recibiendo.
 De Habla (Speech) Terapia Física Discapacidad Identificada- especifique _____
 Servicios Educativos Salud Mental Fecha de Servicios _____

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. ¿En este momento tiene otros hijos inscritos en la 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: _____