

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

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

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

1 de 2

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2021-2022

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? ☐ Sí ☐ 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: _____