

### 2022-2023 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 2022, 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:**

<b>RANDOLPH COUNTY</b>	<b>HEAD START*</b>	<b>EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTER*</b>
<b>PARTNERSHIP FOR CHILDREN</b>	118 VIRGINIA AVE, ASHEBORO	1738 N. FAYETTEVILLE ST
349 SUNSET AVENUE	ENVIO: P.O BOX 487	ASHEBORO, NC 27203
ASHEBORO, NC 27203	RANDLEMAN, NC 27317	(336) 672-6636
(336) 629-2128	(336) 672-5570	

### 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:**

_____	_____	_____	_____	_____
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) \_\_\_\_\_  
 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? \_\_\_\_\_ Cuantos adultos \_\_\_\_\_ Cuantos 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

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2022-2023**

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 \_\_\_\_\_  
 Desempleada \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
 Desempleado \_\_\_\_\_ 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, actualmente  Sí, previamente  No  
 ¿Contestó si, cuál es? \_\_\_\_\_

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

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?**  Sí  No

9. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar?  Sí  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: \_\_\_\_\_