

## Programa NC Pre-Kindergarten del Condado Randolph

Este programa está diseñado para servir a las familias en el área del condado de Randolph que tienen hijos en edad preescolar y que de otra manera no tendrían acceso a un programa de prejardín de infantes de calidad. Nuestra esperanza es que los niños del condado de Randolph ingresen al jardín de infantes mejor equipados con las herramientas que necesitan para tener éxito. Si cree que cumple con alguno de los siguientes criterios de elegibilidad, complete una solicitud en línea en [randolphkids.org](http://randolphkids.org) o acérquese a la oficina de la Asociación en 349 Sunset Ave en Asheboro para completar una en persona.

### Criterio de elegibilidad:

- El niño cumplirá 3 o 4 años antes del 31 de agosto (los cupos para niños de 3 años son limitadas)
- Ingreso familiar bruto igual o inferior al 75 % del ingreso medio estatal para NCPK.
- Ingreso bruto del hogar igual o inferior al nivel federal de pobreza para Head Start
- Recibir cualquiera de los siguientes: beneficios de WIC, vivienda pública, TANF/WorkFirst, Medicaid, SSI, cupones de alimentos o SNAP.
- Padre fallecido mientras estaba en servicio militar activo o que ha sido llamado a servir en los últimos 18 meses o los próximos
- El niño tiene un IEP activo o está recibiendo servicios por una necesidad especial o discapacidad.

**¡Asegúrese de enviar TODOS los siguientes documentos junto con la solicitud! Solo las solicitudes completas serán consideradas para su aprobación.**

- Acta de nacimiento del niño
- Registro de vacunas del niño
- 2 facturas de servicios públicos que muestren el nombre, la fecha y la fecha actual
  - Documentos de calificación:
    - Factura de energía
    - Factura de agua
    - Factura de gas
    - Factura de Cable/Internet
    - Contrato de arrendamiento
    - Hipoteca
- Verificación de ingresos
  - Documentos de calificación:
    - Talones de cheques de 1 mes
    - Documentos fiscales que muestren ingresos brutos
    - Declaración del empleador en papel con membrete de la empresa
    - Documentos que demuestren que usted recibe alguno de los siguientes:
      - WIC
      - Vivienda pública
      - TANF/Work First
      - Medicaid
      - SSI
      - Cupones de Alimento
      - SNAP
- Identificación con foto de los padres
- Documentos de tutela si corresponde
- IEP u otra documentación de los servicios que recibe el niño/a

Escanea el código QR para obtener información de contacto





Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar la elegibilidad de su hijo y se mantendrán estrictamente confidenciales. Por favor conteste todas las preguntas con la mayor precisión posible.

**1. Información de los miembros que viven en la casa (por ejemplo, madre, padre (o tutores) y hermanos menores de 18 años)**

Nombre	Relacion con el niño/a	Fecha de Nacimiento	Ingreso Anual de los Padres
	Madre (o tutor)		\$
	Padre (si esta en el hogar)		\$
			XXX

2. ¿Están empleados los tutores de esta familia? Por favor marque.

Tutor 1:  **Trabajando** Donde Trabajas \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Desempleado**  **Buscando Trabajo**  **Discapacitado**

Tutor 1:  **Trabajando** Donde Trabajas \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Desempleado**  **Buscando Trabajo**  **Discapacitado**

**SIN DECLARACION DE INGRESOS:** Yo, \_\_\_\_\_ no tengo ingresos de nignun tipo en este momento. Firma: \_\_\_\_\_

3. Marque en un círculo el nivel más alto de educación completado:

Tutor 1: **6<sup>to</sup> grado o menos** **6<sup>to</sup>-11 grado** **GED** **Diploma de Secundaria** **Educación Universitaria**  
**Inscrita/o**

Tutor 2: **6<sup>to</sup> grado o menos** **6<sup>th</sup>-11 grado** **GED** **Diploma de Secundaria** **Educación Universitaria**  
**Inscrita/o**

4. ¿Dónde está su hijo actualmente bajo cuidado?

Centro de Guardería/Casa: Nombre del Centro \_\_\_\_\_ Recibes subsidio? **Si** **No**

Head Start nombre del sitio: \_\_\_\_\_

Padre/Hogar

Otro – Por favor especifica \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido una condición de salud crónica??  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud?? \_\_\_\_\_

6. ¿Recibe su hijo servicios por una necesidad especial o discapacidad o en proceso de identificar o determinar un posible diagnóstico?  Si, actualmente  Si, previamente  No  Evaluacion en proceso

En caso afirmativo, ¿cuál fue el diagnóstico de la niña?? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo,

especifique (marque todo lo que corresponda) Fecha en que comenzaron los servicios: \_\_\_\_\_

Lenguaje  Terpia Fisica

Servicios Educativos  Terapia Ocupacional

Salud Mental  Oro- Por favor especifique \_\_\_\_\_

7. ¿Ha sido llamado un padre/tutor legal para servir en las fuerzas armadas en los últimos 18 meses o en los próximos 18 meses?  Si  No

8. ¿Un padre/tutor legal ha resultado gravemente herido o fallecido mientras estaba en servicio activo?  Si  No

9. ¿Hay hermanos actualmente matriculados en una escuela primaria?  si es asi que escuela? \_\_\_\_\_

10. Si está disponible en su área, ¿su hijo necesitará transporte? (\*\*Nota: el transporte es limitado)  Si  No

11. Randolph Health se utilizará en caso de emergencia a menos que se indique lo contrario: \_\_\_\_\_