



## 2017-2018 Pre-Kindergarten Application

Your answers to the following questions will help us to determine your child's eligibility and will be kept strictly confidential. **Please answer all questions** as accurately as possible. This survey is confidential and your individual answers will not be shared with anyone. Reports of the application will not identify you in any way.

### 1. Information of All Household Members

Name	Relationship to Child	Age

2. Are the parents in this family employed or enrolled in school? Please circle.

**Mother:** Working/Seeking **F/T P/T** Employer: \_\_\_\_\_ Job Title: \_\_\_\_\_

How long employed here? \_\_\_\_\_ Hours of employment \_\_\_\_\_ Days of employment \_\_\_\_\_

In School **F/T P/T** Course of study: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Stay at home \_\_\_\_\_ Seeking work \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Other (explained) \_\_\_\_\_

**Father:** Working/Seeking **F/T P/T** Employer: \_\_\_\_\_ Job Title \_\_\_\_\_

How long employed here? \_\_\_\_\_ Hours of employment \_\_\_\_\_ Days of employment \_\_\_\_\_

In School **F/T P/T** Course of study: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Stay at home \_\_\_\_\_ Seeking work \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Other (explained) \_\_\_\_\_

3. Please circle the highest level of education completed:

**Mother:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 higher

Received?

GED

**Father:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 higher

GED

4. Is your child currently enrolled in any type of preschool program? If so please indicate.

\_\_\_ Child Care Center/Home: Name \_\_\_\_\_ Town/City \_\_\_\_\_

\_\_\_ Head Start site name: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Parent/Home

\_\_\_ Other – Please specify \_\_\_\_\_

5. If your child is not in a program, has he/she ever been in any type of child care program? \_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_ N/A

If yes, indicate last day of attendance \_\_\_\_\_ Name of child care center/home, preschool or head start program:

\_\_\_\_\_ Town/City \_\_\_\_\_

6. Does your child have or has he/she ever had a chronic health condition? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

If yes, what is the health condition? \_\_\_\_\_

7. Is your child currently or has he/she ever received services for a special need or disability? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

If yes, please specify (check all that applies) **Date of Services:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ Speech \_\_\_\_\_ Physical Therapy

\_\_\_ Educational Services \_\_\_\_\_ Identified disability – Please specify \_\_\_\_\_

\_\_\_ Mental Health \_\_\_\_\_ Other- Please specify \_\_\_\_\_

8. Does the parent/legal guardian serve as an active member of the Armed Forces of the United States or has been ordered to active duty by the proper authority within the last or next 18 months? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

9. Has a parent/legal guardian been seriously injured or killed while in active duty? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

10. Is your child currently receiving subsidy for child care? \_\_\_ Yes \_\_\_ No. On the subsidy waiting list? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

11. Are any siblings currently enrolled in an elementary school? \_\_\_\_\_ If so what school? \_\_\_\_\_

12. How did you hear about this program? \_\_\_\_\_

13. If available in your area, will your child need transportation? (\*\*Note: Transportation is limited)  Yes  No

14. Name & Phone # of Doctor or Medical Service Provider \_\_\_\_\_

15. Name & Phone # of Child's Dentist \_\_\_\_\_

16. Randolph Hospital will be used in case of emergency unless otherwise listed: \_\_\_\_\_



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2017-2018**

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 mas precisas que le sean posible. Los resultados de este cuestionario son confidenciales y sus respuestas no son compartidas con nadie. Los reportes de la encuesta no lo identifican de ninguna manera.

**Información de todos los miembros del hogar**

Nombre	Relación al Niño (Padre, Tio, Abuelo, etc.)	Edad

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 \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_ 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 actualmente cuida a su hijo/a mientras que usted trabaja o asiste clases?  
 \_\_\_\_\_ Guardería/Centro de cuidado de niños cual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Programa de Head Start \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Un Familiar o Pariente \_\_\_\_\_ Otra Persona – Especifique, Por Favor: \_\_\_\_\_

5. ¿Si su niño no esta en una guardería ahora, a estado el/ella antes en un programa de cuidado de niños? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Contesto si, indique el ultimo dia de asistencia \_\_\_\_\_ Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_

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

7. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya a recibido servicios como niño/a excepcional? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
 Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o esta recibiendo.  
 De Hablar (Speech)  Terapia Física  Deshabilidad 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 a 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. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Esta en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_  
 11. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_  
 12. ¿Cómo se entero 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 Médicos del Niño(a) \_\_\_\_\_  
 15. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_  
 16. Randolph Hospital será usad en caso de Emergencia. Al no ser que usted indique otro hospital \_\_\_\_\_