



## 2018-2019 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.

### 1. Information of All Household Members (only Mother, Father, and Siblings under 18)

Name	Relationship to Child	Annual Income of Parents	Age
	Mother	\$	
	Father	\$	

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: Received?  
Mother: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 higher 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. To assist us with placing your child in a pre- k classroom, is your child currently potty trained? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
7. Does your child have or has he/she ever had a chronic health condition? \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
 If yes, what is the health condition? \_\_\_\_\_
8. 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 \_\_\_\_\_
9. 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
10. Has a parent/legal guardian been seriously injured or killed while in active duty? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
11. Is your child currently receiving subsidy for child care? \_\_\_ Yes \_\_\_ No. On the subsidy waiting list? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
12. Are any siblings currently enrolled in an elementary school? \_\_\_\_\_ If so what school? \_\_\_\_\_
13. How did you hear about this program? \_\_\_\_\_
14. If available in your area, will your child need transportation? (\*\*Note: Transportation is limited)  Yes  No
15. Name & Phone # of Doctor or Medical Service Provider \_\_\_\_\_
16. Name & Phone # of Child's Dentist \_\_\_\_\_
17. Randolph Health will be used in case of emergency unless otherwise listed: \_\_\_\_\_

### 2018-2019 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 2018, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar de NC.

**Favor de mandar (COPIAS) de lo siguiente con su aplicación (sin estos documentos, su aplicación será considerada incompleta y no será procesada):**  Acta de Nacimiento del niño(a)  Tarjeta de vacunación del niño(a)  Verificación de ingresos (3 talones de cheques consecutivos o copia de sus formas 1040 del presente año si trabaja por su cuenta y copia de cheque de asistencia pública o pago por manutención si recibe)  Identificación con foto y dos comprobantes de domicilio

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Mes Día Año \_\_\_\_\_Niño o \_\_\_\_\_Niña

Seleccione el grupo étnico y luego seleccione la raza de su hijo: \_\_\_\_\_Hispano \_\_\_\_\_No Hispano

Raza (marque todos que corresponden): \_\_\_\_\_asiático \_\_\_\_\_Negro/Afroamericano \_\_\_\_\_ Nativo Hawaiiano/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? \_\_\_\_\_ Cuantos adultos \_\_\_\_\_ Cuantos Niños \_\_\_\_\_  
 Edades de todos los Niños \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO 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 mejor para entrar al Kinder. 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 NC Pre-K, se requiere asistencia diaria. Una 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 subsidios para asegurar que todos los niños sean servidos.

**Mi firma también confirma que la información provista en esta aplicación es correcta y completa.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2018-2019

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 (Padre, etc.)	Ingreso Anualmente	Edad
	Madre	\$	
	Padre	\$	

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa  
 \_\_\_ Programa de Head Start \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Un Familiar o Pariente  
 \_\_\_ Otra Persona – Especifique, Por Favor: \_\_\_\_\_

5. ¿Si su niño no está en una guardería ahora, a estado él/ella antes en un programa de cuidado de niños?  
 \_\_\_ Si \_\_\_ No Nombre de la guardería \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

6. Para asistimos mejor en asignar a su hijo a un salón preescolar, ¿Su hijo, sabe usar el baño? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

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

8. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya ha recibido servicios como niño/a excepcional? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o está recibiendo.  
 De Hablar (Speech)  Terapia Física  Deshabilitad Identificada- especifique \_\_\_\_\_  
 Servicios Educativos  Salud Mental  Fecha de Servicios \_\_\_\_\_

9. ¿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

10. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? \_\_\_ Si \_\_\_ No

11. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Está en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_

12. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_

13. ¿Cómo se enteró usted de este programa? \_\_\_\_\_

14. Transportación es limitada, pero si es disponible en su área, necesitara transportación su hijo/a?  Si  No

15. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médico del Niño(a) \_\_\_\_\_

16. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_

17. Randolph Health será usado en caso de Emergencia. A menos que usted indique otro hospital \_\_\_\_\_