

2020-2021 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 Members in House (only Mother, Father, (or Guardians) and Siblings under 18)

Name	Relationship to Child	Annual Income of Parents	Date of Birth
	Mother (or Guardian)	\$	
	Father (if in the home)	\$	

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 per week _____ How often are you paid? _____

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 per week _____ How often are you paid? _____

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. 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 Health will be used in case of emergency unless otherwise listed: _____

2020-2021 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 2020, 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 (3 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:

**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 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) _____
Calle 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? _____ **Cuántos adultos** _____ **Cuántos 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

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2020-2021

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? Si 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: _____