

### 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? \_\_\_\_\_ **Cuántos adultos** \_\_\_\_\_ **Cuántos 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 \_\_\_\_\_