

Nombre del Niño _____



Aplicación de Pre Kinder del Condado de Wake

Fecha de Hoy _____

El Nombre del Niño(a) (como aparece en el acta de nacimiento) _____

Contacto de Familia _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al Niño _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Teléfono de emergencia _____

Sexo del Niño(a)(por favor rodee uno) M F Fecha de Nacimiento del niño(a) _____

La Raza del Niño (por favor marque todo lo que se aplica)

- Blanco/Europeo
- Negro/Africano
- Indio-Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii/IslasPacificas
- Hispano/Latino

¿Asiste actualmente su niño a algún programa de cuidado de los niños, cuidado de los niños en casa privada, jardín infantil o Programa de HeadStart?
 no sí Sí si, dónde? _____ tiene usted un comprobante? _____

¿Ha asistido alguna vez su niño a algún programa de cuidado de los niños, cuidado de los niños en casa privada, jardín infantil o Programa de Head Start?
 no sí Sí si dónde? _____ tiene usted un comprobante? _____

¿Esta su niño en la lista de espera de subsidio de Servicios Humanos del Condado de Wake ?
 no/no se sí

¿Qué idioma (s) se habla en el hogar? _____

Habla Inglés su niño(a) la mayor parte del tiempo algunas veces no, no habla Inglés

¿Ha recibido su niño(a) pruebas desarrollo y/o una evaluación?
 no/no se sí (Sí, si incluya una copia) Cúal agencia _____

¿Piensa usted que su niño(a) podría tener algún o algunos problemas con su aprendizaje y/o del desarrollo?
 no/no se sí (Sí si, por favor explicar) _____

¿Tiene su niño un IEP (Plan de Educación Individualizado)?
 no/no se sí (Sí si, incluya una copia)

¿Tiene su niño(a) alguna limitación física o una enfermedad crónica (como Asma,Diabetes,Anemia,enfermedad en la sangre, etc...)?
 no/no se Sí (sí por favor describa y incluya un informe del medico _____)

¿A que escuela asistira su niño(a) a Kindergarten? _____

(si usted no está seguro, por favor llame la oficina de Growth Management WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM - WCPSS en 919-850-1600)

Información de la Familia

Nota: la elegibilidad de ingresos no es considerada para el programa Titulo Uno

Nombre de la Madre/Guardián _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Horas de trabajo por semana _____ Escuela Secundaria / Estudiante de Colegio Si No

Los Ingresos de la Madre/Guardián

Salario	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Asistencia Publica	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social/SSA	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social/SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Sostén del Niño/Manutención	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Otros Ingresos _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

Método de Documentación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impuestos(Declaración 1040) | <input type="checkbox"/> Impuestos(Declaración W-2) |
| <input type="checkbox"/> Talonario de cheques, hoja de pago | <input type="checkbox"/> Declaración de pago(Carta formal del patrón) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo | <input type="checkbox"/> Forma de Ayuda Publica <input type="checkbox"/> Lista de Clases |
| <input type="checkbox"/> Sostén del Niño/Manutención | <input type="checkbox"/> Declaración de SSI <input type="checkbox"/> Otra: Especifique _____ |

Nombre del Padre/Guardián _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Horas de trabajo por semana _____ Escuela Secundaria / Estudiante de Colegio Si No

Los Ingresos del Padre/Guardián

Salario	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Asistencia Publica	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social/SSA	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social/SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Sostén del Niño/Manutención	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Otros Ingresos _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

Método de Documentación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impuestos(Declaración 1040) | <input type="checkbox"/> Impuestos(Declaración W-2) |
| <input type="checkbox"/> Talonario de cheques, hoja de pago | <input type="checkbox"/> Declaración de pago(Carta formal del patrón) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo | <input type="checkbox"/> Forma de Ayuda Publica <input type="checkbox"/> Lista de Clases |
| <input type="checkbox"/> Sostén del Niño/Manutención | <input type="checkbox"/> Declaración de SSI <input type="checkbox"/> Otra: Especifique _____ |

Otros niños (menores de 18 años) en la Casa (por favor ponga en una lista)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al niño	Necesidades Especiales

Adultos en la Casa (por favor ponga en una lista)

Nombre	Relación al niño

Tamaño de la Familia

Copias de la siguiente documentación es requerida para aceptar esta aplicación

- ____ Acta de Nacimiento
- ____ Prueba de domicilio-(ejemplo-hipoteca,contrato de aguiler o factura de la electricidad, gas, agua en su nombre,si vive con otra persona carta notariada y firmada por la persona con quien vive)
- ____ Prueba de Ingresos –dos talonarios de cheques, carta formal firmada por el patrón o supervisor, declaración de la trabajadora social
- ____ Tarjeta de Vacunación

Por favor envíe el paquete de aplicación completo:

*Pre K Application Center
1121 Situs Court, Suite 250
Raleigh, NC 27606*

fax a: (919) 851-9530

Por favor lea con cuidado, firme cada párrafo con sus iniciales, y no se olvide de firmar y ponerle fecha a su aplicación

____ Yo certifico que toda la información dada es verdadera y correcta y que todos los ingresos ha sido reportado. Entiendo que esta información es dada para el recibo de fondos de programa. Los funcionarios de programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación intencionada de información será utilizada en su contra conforme a leyes estatales de Carolina del Norte.

____ La información proporcionada será utilizada y determinara la elegibilidad para los programas de: Pre-K del Condado de Wake. Yo autorizo que la información suministrada a cerca de mi niño sea compartida con los siguientes programas: WAKE COUNTY HUMAN SERVICES CHILD CARE SUBSIDY, WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM TITLE ONE PROGRAM, TELAMON HEAD START y WAKE COUNTY SMARTSTART MORE AT FOUR

____ Entiendo que puede ser una lista de espera para los servicios de estos programas.

____ Entiendo que si mi niño es seleccionado para participar en un programa, la participación de familia será importante para el éxito de mi niño(a). Mi familia se compromete a participar y cooperar con el personal de programa para presentar la documentación necesaria y la solicitud para servicios adicionales.

____ Entiendo que el transporte hacia y desde los Programas Pre-K es responsabilidad de la familia.

____ Entiendo que esta aplicación será considerada para alguno y todos los programas designados. Mientras la preferencia de familia es esencial a nuestro proceso, las asignaciones estarán basadas en elegibilidad de programa y disponibilidad. **Las peticiones de familia no siempre pueden honrarse.**

____ Doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evaluación del desarrollo en las áreas del: Aprendizaje, Auditivas, Visión, Dentales y/o pruebas del habla y la dicción mientras participe en el programa.

____ Entiendo que si hay algún cambio de información de mi niño, tales como el cambio de dirección, asistencia en algún tipo del cuidado autorizado (Cuidados de niño en casa de familia, centro de cuidado de los niños y/o programa pre- escolar), números de teléfono, tutela, etc... Me pondré en contacto de inmediato con la oficina del Centro de Aplicación Pre-K inmediatamente y los informaré de cambios ocurridos.

____ Doy el permiso para mi niño(a) ser fotografiado y/o grabado en vídeo para demostración de centro, álbum de recortes, artículos de periódico, emisiones de televisión y/o sitios en la red del internetde para uso del programa Pre-K

____ Entiendo que mi niño necesitará un examen medico antes de asistir al programa.

Firma de Padre / Guardián* _____ Fecha _____

Relación al niño _____

Otra Firma _____ Fecha _____

Relación al niño _____

* si el guardián firma, por favor incluya una copia la documentación oficial de tutela

Preferencia de Programa

Queridas Familias,

A fin de simplificar el proceso de la solicitud, le ofrecemos la oportunidad de solicitar a todos los programas Pre-K ofrecidos en el Condado de Wake. Por favor, entienda que este es sólo la solicitud inicial. Cada programa tiene un procedimiento de orientación diferente y pueden requerir más información por parte de usted o otra evaluación física adicional o del desarrollo.

Su solicitud será evaluada y enviada a las agencias que nosotros consideremos apropiada para el beneficio del niño(a) Las peticiones de familia no siempre pueden honrarse.

Cuando es posible, asignar a mi niño(a) al centro más cercano de:

- de la casa Código Postal _____
- del trabajo Código Postal _____

Favor marque a los programas que desea solicitar.

Wake County Public School System/Title One - El programa Título 1 es diseñado para proveer a niños actividades apropiadas para el desarrollo del niño y así tener éxito en el jardín de infancia. El programa del Pre-Kindergarden Título 1 sirve a estudiantes que tienen cuatro años o tendrán cuatro años el 16 de octubre del año escolar actual. Los estudiantes son evaluados y aquellos que demuestren más necesidad serán seleccionados para el programa. El programa Pre-Kindergarden Título I espera que los padres participen en una variedad de oportunidades incluyendo reuniones de padres, talleres educativos, viajes de estudios, y ofrecerse voluntariamente en las salas de clases en las escuelas. **El plazo para las aplicaciones de Título 1 es abril 13, del 2007. Los centros disponibles son:** Brentwood Elementary, Carver Elementary, Creech Road Elementary, Lynn Road Elementary, Project Enlightenment, Smith Elementary, Vance Elementary and Zebulon Elementary.

Telamon Corporation Head Start - Provee servicios gratis a niños de edad preescolar entre las edades de 3 a 4 años. Estos deben ser de familias de bajos recursos. Los programas funcionan durante los meses de agosto a mayo, de lunes a viernes de 8:30 a.m. – a las 3.00 p.m.. Son centros bien equipados, personal totalmente calificado, centros de 4 y 5 Estrellas y oportunidades para los padres de participar en los salones de clases. **Los centros disponibles son:** Crosby Head Start, Knightdale Head Start y Parkway Head Start.

Wake County SmartStart More at Four - Provee a niños de 4 años que no estén asistiendo actualmente a un programa, la oportunidad de asistir a un programa de educación de temprana edad el año antes de que ellos comiencen el kindergarden. El programa ayuda a preparar a los niños para que tengan éxito escolar. Esto es sin costo para las familias. Más a los Cuatro es parte de la comunidad y puede ser provisto en escuelas públicas, programas de cuidado de niños que tengan licencias y HeadStart. Más a los Cuatro es en parte financiado por SmartStart del condado de Wake **Los centros disponibles son:** ABC Land II, Academically Based Child Care, Appletree Day Care #3, Bright Beginnings CDC of Cary, Bright Horizons Corporate Center, Bright Horizons Forum, Buttons and Bows I, Buttons and Bows II, Childcare Network - Brentwood, Childcare Network - Six Forks, Childcare Network - Fuquay Varina, Early Preschool and Learning Center, Happy Face Preschool, Harps Mill Creative School, Heather Park CDC, Jordan Child & Family Enrichment Center, KidWorks, Lord of Life Preschool, Method CDC, Pleasant Day Preschool Center, Preston Children's Academy, Raleigh Nursery School, Upper Room Christian Academy, Wakefield Children's Center.

Wake County Human Services, Servicios de Subsidio de Cuidado de los Niños- Determina la elegibilidad y provee comprobantes para los residentes del Condado de Wake y también proporciona información con respecto a como elegir y utilizar un centro de cuidado de niños de alta calidad. Más de 500 centros de cuidado de niños en el Condado de Wake aceptan los comprobantes. Las aplicaciones son aceptadas durante el año.

Éstos son mis preferencias. Entiendo que no todas las peticiones pueden honrarse.

Su firma _____ Fecha _____