

2024-2025 Caswell County NC Pre-Kindergarten Aplicación



Por favor complete todos los campos

Por favor marque su Primer y Segundo elección para la ubicación del sitio de NC Pre-K de su hijo:

- North Elementary School
- Oakwood Elementary School
- Rainbow Educational Child Care Center
- South Elementary School

Información del niño

Nombre del niño: _____
Primera Media Pasada

Fecha de nacimiento del niño: _____
Mes - Día - Año

Género del niño: Masculino Femenino

Domicilio del niño: _____
Calle Ciudad Código postal

Etnicidad del niño:

- Hispano o latino
- No hispano o latino

Carrera Infantil (puede seleccionar más de una):

- Negro/Afroamericano
- Blanco/Americano Europeo
- Asiático
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico

¿El niño es residente del Caswell County? Yes No

¿Es el niño Ciudadano Estadounidense? Yes No

Información Familiar El niño vive con:

- Ambos Padres
- Madre
- Padre
- Padre y Padrastro
- Custodia Conjunta 50/50
- Abuelo(s)
- Los padres de Crianza*
- Guardián Legal*
- Custodio Legal*
- Proveedor de Parentesco**:
- Otra especificar):

*Adjuntar copias de documentación legal

**Nota: El parentesco es la relación autodefinida entre dos o más personas y se basa en lazos biológicos, legales y/o familiares fuertes. A los fines de NC Pre-K, el parentesco se establece cuando el niño vive con un adulto que no es el padre, tutor legal, custodio legal o padre adoptivo del niño y está bajo su cuidado.

¿Cuántos miembros de la familia viven en el hogar (incluido el niño de NC Pre-K)?

Enumere los nombres de TODOS los adultos y niños que viven en el hogar	Indique la relación con el niño de Pre-K de Carolina del Norte (p. ej., madre, padre, padrastro, abuelo, hermana, hermano, media hermana/hermano, hermanastra/hermano)	Indique la fecha de nacimiento de cualquier niño(s) hasta los 18 años	Indique el nombre de la escuela a la que asisten los niños (hasta los 18 años)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Padre/Guardián #1: Nombre _____

Telefono(s): _____ Correo electrónico: _____

(El correo electrónico será utilizado por Caswell County Partnership for Children para proporcionar información sobre actividades GRATUITAS de Pre-K y suministros cuando estén disponibles)

Elija cuál de estos aplica: Empleado de Tiempo Complete Empleado a Tiempo Parcial

Nombre de la Empleadora: _____

- Desempleado
- Buscando Empleo Asistir a la Universidad En la Escuela Secundaria/Programa GED
- En Capacitación Laboral Otro: _____

Ingresos del padre/guardián #1: ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO

Sueldos/salario/ingresos laborales \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios del Seguro Social/Seguro de Discapacidad \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Ingreso del Seguro Social (para el niño) \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios de jubilación/discapacidad \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios de desempleo/Compensación al trabajador \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Manutención de niños/pensión alimenticia ordenada por la corte \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente
Cualquier otro ingreso: _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> semanalmente	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensualmente	<input type="checkbox"/> anualmente

Padre/Guardián#2:Nombre: _____
Telefono(s): _____ Correo electrónico: _____

Elija cuál de estos aplica: Empleado a Tiempo Complete Empleado a Tiempo Parcial

Nombre de la Empleadora: _____

- Desempleado
 Buscando Empleo Asistir a la Universidad En la Escuela Secundaria/Programa GED
 En Capacitación Laboral Otro: _____

Ingresos del padre/guardián #2: ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO

Sueldos/salario/ingresos laborales \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios del Seguro Social/Seguro de Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Ingreso del Seguro Social (para el niño) \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios de jubilación/discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios de desempleo/Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Manutención de niños/pensión alimenticia ordenada por la corte \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente
Cualquier otro ingreso: _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/> anualmente

Para ayudarnos a determinar la elegibilidad de su hijo, por favor marque todas las opciones siguientes que recibe su hogar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios para Refugiados | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda Pública | <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos |
| <input type="checkbox"/> TANF/Work First | <input type="checkbox"/> SNAP |

No se requiere prueba de asistencia pública a menos que se solicite específicamente. Esto solo se solicitará en algunos casos y solo si simplifica el proceso de elegibilidad.

Padre(s)/Guardián(s):

Debe ser completado por cada padre, padrastro, tutor o tutor legal/custodio que resida en el hogar y que no reclame ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas en la solicitud. Por ejemplo, si el padre 1 tiene ingresos como se indica arriba y el padre 2 no, entonces el padre 1 debe incluirse a continuación como fuente de apoyo. Si la única fuente de ingresos del hogar es el ingreso del seguro social a nombre del niño, entonces los padre(s) deben completar:

Persona(s) y/o fuente(s) que brinda(n) apoyo a esta familia: _____ _____
Monto provisto \$ _____ <input type="checkbox"/> semana o <input type="checkbox"/> mes o <input type="checkbox"/> otro: _____

Información Adicional de la Familia

1. ¿Tiene su familia actualmente un arreglo de vivienda estable? Sí No

2. ¿Tiene transporte para dejar y recoger a su hijo del programa de Pre-K? Sí No
3. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar de la familia? _____
4. ¿Su hijo tiene una condición de salud crónica o un problema de salud significativo diagnosticado y **documentado** por un proveedor de atención médica profesional? Sí No
En caso afirmativo, indique la(s) condición(es) de salud o la(s) preocupación(es): _____
5. ¿Ha sido referido su hijo para una evaluación o identificado con una discapacidad? Sí No
6. ¿Tiene su hijo una discapacidad identificada? Sí No
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:
 Autista
 Sordo ciego
 Personas con discapacidad auditiva
 Múltiples discapacitados
 Discapacidad ortopédica
 Trastornos del habla/lenguaje
 Discapacitados visuales
 Lesión cerebral traumática
 Retraso en el desarrollo
 Otro problema de salud (especifique): _____
7. ¿Ha sido referido su hijo para servicios relacionados con una discapacidad? Sí No
8. ¿Está su hijo recibiendo servicios relacionados con una discapacidad? Sí No
En caso afirmativo, marque TODOS los servicios recibidos:
 Terapia del lenguaje
 Terapia física
 Terapia ocupacional
 Otra especificar): _____
9. ¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí No
10. ¿Tiene su hijo un padre en servicio militar activo actual, servicio activo en los últimos 18 meses, servicio activo programado en los próximos 18 meses, o que resultó herido o muerto mientras sirviendo en servicio activo? Sí No
11. ¿Desde el nacimiento, ha asistido alguna vez su hijo a un programa preescolar, a un centro de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar? Sí No
12. ¿Está su hijo actualmente inscrito en un programa preescolar, centro de cuidado infantil o cuidado infantil familiar ¿casa? Sí No
Si la respuesta es si, ¿cuál es el nombre del programa? _____
13. ¿Recibe su hijo actualmente un subsidio para el cuidado de niños?

Responsabilidad y Participación de los Padres/Guardiánas

- Entiendo que esta es una solicitud de servicios ofrecidos y no constituye inscripción en ningún programa.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que se han informado todos los ingresos.
- He proporcionado toda la documentación requerida para verificar mis respuestas incluidas en esta solicitud.
- Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales y/o estatales. Los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede causar que mi hijo sea cancelado del programa y/o se pueden tomar otras medidas apropiadas en mi contra.
- La información de este aplicación se utilizará para determinar la elegibilidad para los programas Head Start, Título I y/o NC Pre-K. Por la presente doy a conocer la información para que mi hijo pueda ser considerado para cualquiera de estos programas. La agencia designada puede compartir y/o verificar toda la información relacionada con mi hijo.
- Entiendo que NC Pre-K está diseñado para servir a niños en riesgo y que tanto yo como el programa NC Pre-K haremos todo lo posible para mantener la inscripción, la asistencia y la participación de mi hijo.

- Entiendo que soy responsable de proporcionar transporte para mi hijo si no hay transporte disponible en el sitio de Pre-K de mi hijo.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____