



2020-2021 Caswell County NC Pre-Kindergarten Application

Verifique su primera opción para la ubicación del sitio:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caswell Community Head Start | <input type="checkbox"/> North Elementary School |
| <input type="checkbox"/> Oakwood Elementary School | <input type="checkbox"/> South Elementary School |

Información del Niño

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____
Primer Medio Último
 Sexo del niño: Hombre Mujer

Etnia del niño: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Mes-día-año

Raza del niño: Negro/Afroamericano Blanco/Europeo Americano Asiático
 Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Otro Isleño del Pacífico

¿El niño es residente del condado de Caswell? Sí No ¿Es el niño un ciudadano Estado Unidense? Sí No

Domicilio del niño: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Idioma principal hablado en el hogar: _____

¿Tiene el niño un padre en servicio militar activo actual, servicio activo dentro de los últimos 18 meses, programado servicio activo en los próximos 18 meses, ¿o quién resultó herido o muerto mientras cumplía el servicio activo? Sí No

¿Alguna vez ha asistido su hijo a un programa preescolar, centro de cuidado infantil u hogar de cuidado infantil familiar? Sí No

¿Está su hijo actualmente inscrito en un programa preescolar, centro de cuidado infantil u hogar de cuidado infantil familiar? Sí No
 Si está inscrito actualmente, ¿cuál es el nombre del programa? _____

¿Su hijo actualmente recibe subsidio para cuidado infantil? Sí No

Si no, ¿está su hijo en la lista de espera de subsidios? Sí No

¿Tiene su hijo una condición de salud crónica o un problema de salud significativo diagnosticado por un médico? Sí No
 En caso afirmativo, indique las afecciones o inquietudes de salud: _____

¿Tiene su hijo una necesidad o discapacidad del desarrollo? Sí No

En caso afirmativo, indique la necesidad / discapacidad del desarrollo: _____

¿Su hijo recibe servicios de apoyo para el habla, una necesidad especial o discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, marque TODOS los servicios recibidos: Terapia de Habla Terapia Física Terapia Ocupacional
 Otro (especifique): _____

¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)? Sí No

¿Le preocupa el desarrollo de su hijo (aprendizaje, habla, audición o comportamiento)? Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Información Familiar

El niño vive con: Ambos padres Madre Padre Padre y padrastro 50/50 Custodia conjunta
 Abuelo(s) Padre(s) adoptivo(s) Tutor legal* Custodio legal* Otro (especifique): _____

* Adjunte copias de la documentación legal

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

Enumere los nombres de TODOS los adultos y niños que viven en el hogar:	Enumere la relación con el niño de NC Pre-K (p. madre, padre, padrastro, abuelo, hermanas, hermanos, medias hermanas y hermanos, hermanastras y hermanos)	Lista de fecha de nacimiento para cualquier niño (s) hasta 18 años	Nombre de la lista de la escuela ese niño (s) (arriba hasta los 18 años) asistir
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Padre/Padrastra/Tutor #1: Nombre: _____
 Número de teléfono de casa/celular: _____ Número de trabajo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, elija cuál de estos aplica: Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Desempleado
 Busco Empleo Asistir a la Universidad En la escuela secundaria/programa de GED En capacitación laboral Otro: _____

Nivel educativo: No completado High School High School Diploma/GED Asistió a alguna universidad
 Grado Asociado Licenciatura Grado Maestría

Ingresos de la madre / madrastra / tutor - LISTA DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS

Salarios/Salarios/ Ingresos laborales	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Asistencia/Beneficios del Seguro Social	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Ingresos de la Seguridad Social	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de jubilación/discapacidad	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de desempleo/ Compensación del trabajador	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Manutención infantil/ pensión alimenticia	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Cualquier otro ingreso:	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>

Padre/Padrastra/Tutor #2: Nombre: _____
 Número de teléfono de casa/celular: _____ Número de trabajo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, elija cuál de estos aplica: Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Desempleado
 Busco Empleo Asistir a la Universidad En la escuela secundaria/programa de GED En capacitación laboral Otro: _____

Nivel educativo: No completado High School High School Diploma/GED Asistió a alguna universidad
 Grado Asociado Licenciatura Grado Maestría

Ingresos de la padre / padrastra / tutor - LISTA DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS

Salarios/Salarios/ Ingresos laborales	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Asistencia/Beneficios del Seguro Social	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Ingresos de la Seguridad Social	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de jubilación/discapacidad	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Beneficios de desempleo/ Compensación del trabajador	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Manutención infantil/ pensión alimenticia	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>
Cualquier otro ingreso:	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anualmente <input type="checkbox"/>

Padre (s) / Tutor (es) : Si uno o ambos padres en el hogar están actualmente desempleados y no están recibiendo beneficios de desempleo u otras fuentes de ingresos regulares como se indicó anteriormente, complete esta sección:

Persona(s) y/o fuente(s) que brindan apoyo a esta familia: _____

Monto proporcionado \$ _____ semana o mes o otro: _____

¿Su familia tiene actualmente un arreglo de vivienda estable? Sí No
 ¿Tiene transporte y puede dejar y recoger a su hijo de Pre-K? Sí No

Responsabilidad y participación de los padres / tutores

- Entiendo que esta es una solicitud de servicios ofrecidos y no constituye inscripción en ningún programa.
- Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y precisa y que todos los ingresos han sido reportados. En Además, he proporcionado toda la documentación de respaldo 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 el información sobre esta aplicación. La tergiversación deliberada de la información puede causar que mi hijo sea despedido de el programa y / u otra acción apropiada se pueden tomar en mi contra.
- La información en este formulario se usará para determinar la elegibilidad para Head Start, Título I y / o NC Pre-K programas Por la presente divulgo la información para que mi hijo pueda ser considerado para cualquiera de estos programas. El designado la agencia puede compartir y / o verificar cualquier información relacionada con mi hijo.
- Entiendo que NC Pre-K está diseñado para servir a niños en riesgo y que todo el esfuerzo lo haré yo y NC Pre-Programa K para mantener la inscripción, asistencia y participación de mi hijo.
- Entiendo que soy responsable de proporcionar transporte a mi hijo si el transporte no está disponible en mi hijo programa.

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____