

**Aplicacíon de NC Pre-K para Niños** *actualizado 1-2021*

*Si usted necesita ayuda llenando esta forma, póngase en contacto con Julia Richardson, Directora de Comunicaciones y Involucración Comunitaria para La Asociación para los Niños Jóvenes del Condado de Orange: 919-967-9091 x 219 o jrichardson@orangesmartstart.org.*

*Favor de entregar esta forma a 402 Millstone Drive Suite 300, Hillsborough, NC 27278.*

**Esta página es para uso administrativo. Padres, empiece con la página 2.**

Date application was received\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Application complete:

* NC Pre-K child application
* Proof of age
* Proof of Residency
* Income verification
* Immunization records
* Kindergarten Health Assessment
* Developmental Screening
* Attachment C if applicable
* IFSP or IEP if applicable

**Name:**

**Placed:**

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ *El niño/a debe tener cuatro años antes del 31 de Agosto. Necesita comprobar su edad con documentación legal.*

Etnia: Hispano Si No

Raza: *Marque por lo menos uno, y todo lo que aplique*

Blanco o Americano Europeo Nativo de Hawái u otra Isla Pacifica Islandés

Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro Americano Asiático

El niño es ciudadano Americano? Si No

Es residente de Carolina del Norte? Si No

Condado de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Debe ser residente del Condado de Orange.*

¿Con quién vive el niño/a? Ambos Padres Solo Madre Solo padre

Tutor Tutor Legal Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Si el niño/a vive con alguien que no es familiar que tiene custodio legal o es su tutor legal, tenemos la documentación? Si No

Tamaño total de la familia: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Número total de adultos viviendo en casa con el niño/a

\_\_\_\_\_Número total de adultos contribuyendo a las ganancias de la casa

\_\_\_\_\_Número total de niños menores de edad viviendo en la casaFavor de enumerar todos los nombres, fechas de nacimiento, y relaciónes del niño que viven en el hogar. (Padres, padrastros, parejas, tutores, tutores legales, hermanos, hermanastros, no relativos)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombres de adultos | Fecha de nacimiento | Relación con el niño de Pre-K |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres de menores de edad | Fecha de nacimiento | Relación con el niño de Pre-K |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Información Familiar de Contacto**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State: NC Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del Padre/Tutor 1**

**Nombre:** ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado? Sí No

Buscando Empleo? Sí No

Asistiendo a la escuela post-secudaria/? Sí No

Asistiendo a la escuela secudaria/GED? Sí No

Asistiendo a entrenamiento de trabajo? Sí No

Otro Empleo? Sí No En caso afirmativo, explica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre/Tutor 1 Ingresos**

**Los Salarios Actuales ANTES de Impuestos: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Pensión Alimenticia: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Sustento de Menores: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Compensación al trabajador: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Desempleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**SSI/TANF/Work First: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**El Tiempo Suplementario: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Información del Padre/Tutor 2**

**Nombre:** ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado? Sí No

Buscando Empleo? Sí No

Asistiendo a la escuela post-secudaria/? Sí No

Asistiendo a la escuela secudaria/GED? Sí No

Asistiendo a entrenamiento de trabajo? Sí No

Otro Empleo? Sí No En caso afirmativo, explica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre/Tutor 2 Ingresos**

**Los Salarios Actuales ANTES de Impuestos: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Pensión Alimenticia: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Sustento de Menores: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Compensación al trabajador: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**Desempleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**SSI/TANF/Work First: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

**El Tiempo Suplementario: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Anual Mensual

Dos veces al mes Quincenal Semanal

Cualquier otro fuente de ingresos contribuyendo a la familia tiene que ser declarado.

**Ingreso Familiar Total: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Es uno de los padres o tutor legal de este niño un miembro active de las fuerzas armadas, o el padre o tutor de este niño ha sido gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo?

Sí No

Hay factores de riesgo adicionales que apliquen a este niño? *(Marque sí o no para cada uno)*

Dominio limitado del Inglés (LEP): Sí No

Condición de salud crónica Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Necesidad educativa/de desarrollo: Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Ubicación Previa del Niño

Mi hijo nunca ha asistido a ningún preescolar o guardería

Mi hijo no asiste actualmente a un preescolar o guardería (pero pudo haber asistido

previamente)

Mi hijo está en un cuidado de niños que no es reglamentado.

Mi hijo no está recibiendo subsidio, pero está asistiendo a un tipo de cuidado infantil o

programa preescolar reglamentado.

Mi hijo está recibiendo subsidio y está asistiendo a un tipo de cuidado infantil o

programa preescolar reglamentado.

Este niño asistió al programa de este sitio cuando tenía 3 años? Sí No

El niño tiene un Plan de Educación Individualizada (IEP) activo? Sí No

Tipo de discapacidad(es) identificadas para este niño. (Marque todas las que correspondan):

Trastorno del espectro autista Problema ortopédico

Sordo-ciego Discapacidad del habla o lenguaje

Discapacidad emocional Discapacidad mental severo

Discapacidad mental educable Retrasado mental entrenable

Discapacidad auditiva Lesión cerebral traumática

Discapacidad especifica del Discapacidad visual, incluyendo la

aprendizaje ceguera

Múltiples discapacidades Retraso en el desarrollo preescolar

Otro

N/A

**Declaración del Solicitante/Representante Autorizado**

Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y completa. Con my firma, y con la documentación que estoy entregando, autorizo a La Asociación para los Niños Jóvenes del Condado de Orange (Orange County Partnership for Young Children) entregar esta información al Sistema de Datos Estatal Kids de NC Pre-K como aplicación para elegibilidad al programa de NC Pre-K.

**X**

**Firma del Padre/Tutor (Requerido)**

**X**

**Firma del Testigo (Requerido)**