

### **2023-2024 Aplicación Preescolar para el Condado de Randolph**

Los programas Preescolares del Condado de Randolph están buscando niños que viven en el Condado de Randolph y quienes tendrán 3 años de edad (en algunos lugares selectos) o niños que cumplirán 4 años para el 31 de agosto del 2023, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar de NC. Complete todas las preguntas en el anverso y reverso de esta solicitud. Debe proporcionar la siguiente documentación que se detalla a continuación para que su solicitud sea procesada.

**Sin copias de estos documentos, su solicitud no puede ser considerada:**

- Acta de Nacimiento del niño(a)
- Tarjeta actualizada de vacunación del niño(a)
- Verificación de ingresos (4 talones de cheques consecutivos de **cada padre** en el hogar o copia de sus formas 1040 del presente año **SOLO** si trabaja por su cuenta el año actual)
- Identificación con foto de los padres
- 2 facturas (factura de agua, electricidad o celular) con su nombre, dirección y que muestren una fecha actual como prueba de residencia o su contrato de alquiler/arrendamiento
- Tarjeta de Medicaid
- Documentos de tutela si son necesarios
- Copia de programa educativo individualizado (si es aplicable)

**Adjunte copias de los documentos y devuelva el formulario de solicitud completo a:**

**RANDOLPH COUNTY PARTNERSHIP FOR CHILDREN**  
349 SUNSET AVENUE  
ASHEBORO, NC 27203  
(336) 629-2128

**HEAD START\***  
118 VIRGINIA AVE, ASHEBORO  
ENVIO: P.O BOX 487  
RANDLEMAN, NC 27317  
(336) 672-5570

**EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTER\***  
1738 N. FAYETTEVILLE ST  
ASHEBORO, NC 27203  
(336) 672-6636

**INFORMACIÓN SOBRE SU NIÑO**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Mes        Día        Año                                      Niño        Niña

Seleccione el grupo étnico:  *Hispano*     *No Hispano*

Raza (marque todos que corresponden):  *Asiático*     *Negro/Afroamericano*     *Nativo Hawaiano/Isla Pacífica*  
 *Blanco/Americano Europeo*     *Nativo Americano Indio/ Nativo de Alaska*)

Idioma principal de la familia: \_\_\_\_\_ ¿Alguien en el hogar puede hablar inglés?  *Sí*     *No*

\*\*1ª opción del sitio Preescolar preferido \_\_\_\_\_ 2ª Opción \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA**

Nombre de los padres o tutores legales: enumere solo si vive en el hogar:

Madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ # de Emergencia \_\_\_\_\_

Apellido                                      Nombre

Padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ # de Emergencia \_\_\_\_\_

Apellido                                      Nombre

Dirección de la familia \_\_\_\_\_

Calle    Ciudad                                      Estado                                      Código Postal

Dirección de correo (solo si es diferente) \_\_\_\_\_

Código Postal

**Cabeza del hogar:**     Un padre/madre     Dos padres casados     Dos padres, no casados     Guardián legal(es)  
 50/50 Custodia compartida     Custodia Temporal/Segura     Proveedor de Parentesco     Otra situación: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ **Cuántos padres del niño en el hogar** \_\_\_\_\_ **Cuántos Niños** \_\_\_\_\_

**Edades de todos los niños** \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO/A Y AFIRMACION DE INFORMACION**

- Entiendo que, si mi hijo está inscrito, él/ella también puede ser evaluado para determinar la elegibilidad para otros servicios que lo ayudarán a prepararse para el jardín infantil. Mi firma le da permiso a la escuela para permitir que mi hijo sea examinado para el desarrollo de la vista, dental, auditivo y general.
- Una vez inscrito en el programa NC Pre-K, se requiere la asistencia diaria. La mala asistencia podría resultar en que el niño pierda el espacio.
- Entiendo que mi solicitud se compartirá con las agencias que brindan subsidios para Pre-K y cuidado de niños para garantizar que los niños sean atendidos.
- Mi firma confirma que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa.**
- Si cualquier información presentada en o con esta solicitud es fraudulenta, mi hijo puede ser descalificado para los servicios.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Guardián**
\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2023-2024**

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 miembros que viven en casa (Madre, Padre, o guardián, y hermanos menores de 18 años)**

Nombre: (solo anote si vive en casa)	Relación al Niño/a	Fecha de nacimiento	Ingreso Anualmente de padres
	Madre (o guardián/tutor)		\$
	Padre (si vive en casa)		\$
			XXX
			XXX
			XXX
			XXX
			XXX

2. ¿Están los padres de esta familia empleados o matriculados en la escuela? Por favor marque.  
 Madre: Trabajando/Buscando F/T P/T Empleador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo empleado aquí? \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_  
 En la escuela F/T(tiempo completo) P/T(tiempo parcial) Curso de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Desempleado \_\_\_\_\_ Buscando trabajo \_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_ Otro (explica) \_\_\_\_\_  
 Padre: Trabajando/Buscando F/T P/T Empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo empleado aquí? \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_  
 En la escuela F/T P/T Curso de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Desempleado \_\_\_\_\_ Buscando trabajo \_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_ Otro (explica) \_\_\_\_\_

**SIN DECLARACION DE INGRESOS:** Favor de completar **SOLAMENTE** si actualmente este desempleado y no recibe ninguna fuente de ingresos. Yo, \_\_\_\_\_ no tengo ingresos de ningún tipo en este momento: Firma: \_\_\_\_\_

3. Por favor, indique con un círculo el nivel de educación que cada persona ha completado: **¿Recibió?**  
 Madre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más **GED**  
 Padre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más **GED**

4. ¿Está su hijo actualmente inscrito en algún tipo de programa preescolar? \_\_\_\_\_ Si (por favor indíquelo) \_\_\_\_\_ No  
 \_\_\_\_\_ Guardería/Centro de cuidado de niños cual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Head Start nombre del sitio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa  
 \_\_\_\_\_ Otra Persona (familiar/pariente) Especifique, por favor: \_\_\_\_\_

5. ¿Si su hijo no está en un programa, ¿ha estado alguna vez en algún tipo de programa de cuidado infantil? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Contesto Si, cual fue la última fecha de atender \_\_\_\_\_ Nombre del centro de cuidado, hogar, preescuela o programa  
 Head Start \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido una condición de salud crónica? \_\_\_\_\_ Sí, actualmente \_\_\_\_\_ Sí, anteriormente \_\_\_\_\_ No  
 En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud? \_\_\_\_\_

7. ¿Recibe su hijo servicios por una necesidad especial o discapacidad? \_\_\_\_\_ Sí, actualmente \_\_\_\_\_ Sí, anteriormente \_\_\_\_\_ No  
 En caso afirmativo, especifique (marque todo lo que corresponda) Fecha **de los servicios:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Habla \_\_\_\_\_ Terapia Física  
 \_\_\_\_\_ Servicios Educativos \_\_\_\_\_ Discapacidad Identificada- Por favor especifica \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Salud Mental \_\_\_\_\_ Otro- Por favor especifica \_\_\_\_\_

8. ¿Alguno de los padres o guardián legal es miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o ha sido llamado por las autoridades correspondientes a brindar servicio activo durante los últimos o siguientes 18 meses? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

9. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

10. ¿Recibe ayuda para pagar la guardería (subvención)? \_\_\_\_\_ ¿Está en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_

11. ¿Hay hermanos actualmente matriculados en una escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_

12. ¿Cómo se enteró usted de este programa? \_\_\_\_\_

13. Transportación es limitada, pero si es disponible en su área, necesitara transportación su hijo/a?  Si  No

14. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médico del Niño(a) \_\_\_\_\_

15. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_

16. Randolph Health será usado en caso de Emergencia. A menos que usted indique otro hospital: \_\_\_\_\_