

Partnership for Children & Families

Aplicación NC Pre-K 26-27

www.pfcf.org/ncprek
ncprek@pfcf.org

(919) 774-9496
507 N Steele Street, Sanford



Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Sexo del Niño/a <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es este niño/a un gemelo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (DEBE marcar al menos una y todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Es este niño/a un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño/a un residente de NC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño/a de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño/a está entrenado para ir al baño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Principal Hablado en el Hogar	Idioma Secundario
¿En qué idioma le gustaría que se evaluará a su hijo/a, si corresponde?		

Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
-----------	--------	---------------	---------

Indique la situación del domicilio familiar (marque todo lo que corresponda):

Permanente Con Familia/Amigos Refugio para Mujeres y Niños Maltratados Sin Hogar Refugio
 Viviendo en un Carro Hotel/Motel Carece de Dirección Permanente Durante la Noche Casa de Acogida

Con quién vive el niño/a:

Solo Padre Solo Madre Ambos Padres Padre/Madre y Padrastro/Madrastra Abuelo(s) Tutor legal Custodio Legal Padre(s) Adoptivo/a(s) Proveedor Familiar

Si el menor vive con el Tutor/Custodio Legal, es el adulto: Pariente Consanguíneo No Pariente

SOLAMENTE NECESITAMOS LA INFORMACIÓN SI VIVE CON EL NIÑO/A DE PRE-K

Primer Nombre	Apellido	Relación con el Niño/a de Pre-K	Fecha de Nacimiento
1.		Niño/a de Pre-K	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Tamaño de la Familia: _____

SOLAMENTE NECESITAMOS LA INFORMACIÓN SI VIVE CON EL NIÑO/A DE PRE-K

Contacto Primario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contacto Primario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la Padre / Padrastro / Cuidador Legal:	Nombre del Madre / Madrastra / Cuidador Legal:
Relación con el Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Proveedor Familiar	Relacion con el Niño/a: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Proveedora Familiar
Número de Teléfono Primario:	Número de Teléfono Primario:
Número de Teléfono Secundario:	Número de Teléfono Secundario:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleado en: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste Clases de Educación Continua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistiendo Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amo de Casa	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleada en: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste Clases de Educación Continua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistiendo Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ama de Casa
Declaración de Ningún Ingreso Completar si está Desempleado YO, _____, certifico que como padre/cuidadora legal, tengo cero ingresos al momento de la aplicación. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión.	Declaración de Ningún Ingreso Completar si está Desempleado YO, _____, certifico que como madre/cuidador legal, tengo cero ingresos al momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión.
_____ Firma del Padre/Cuidadora Legal Fecha de Hoy	_____ Firma del Madre/Cuidador Legal Fecha de hoy
¿Tiene el niño/a una condición de salud crónica o un problema de salud importante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique (debe de proveer documentos médicos):	¿Tiene el niño/a una necesidad educativa o de desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique (debe proveedor documentos médicos):
¿Es el niño/a un dependiente militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, cuál: <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Guardia Nacional	¿Alguno de los padres ha resultado gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colocación previa del niño/a en el momento de la aplicación: <input type="checkbox"/> El niño/a nunca ha sido atendido en ningún entorno preescolar o de cuidado infantil <input type="checkbox"/> El niño/a actualmente no recibe servicios (ahora está en casa, pero anteriormente ha estado en cuidado infantil u otro programa preescolar) <input type="checkbox"/> El niño/a está en una guardería no regulada <input type="checkbox"/> El niño/a está en un centro de una o dos estrellas <input type="checkbox"/> El niño/a no recibe Subsidio pero está en algún tipo de programa de cuidado infantil o preescolar regulado <input type="checkbox"/> El niño/a recibe Subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o programa preescolar	
¿Está la familia actualmente inscrita en el Subsidio de Cuidado de Niños con DSS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está la familia actualmente inscrita en el Subsidio de Cuidado de Niños con nosotros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿El niño/a asiste actualmente a un programa de cuidado infantil, preescolar o de medio día? Sí No
 En caso afirmativo, nombre del programa: _____
 En caso afirmativo, ¿fue atendido el niño en el programa cuando tenía tres años? Sí No

¿Tiene su hijo/a un Plan de Educación Individual (IEP) activo? Sí No En Proceso

¿El niño/a ha tenido un examen físico en el último año?
 Sí | Fecha del examen: ____/____/____ No

¿El niño/a ha sido referido para una evaluación por una discapacidad o ha sido identificado? Sí No
 ¿Se conoce la fecha de referencia? Sí No
 Fecha de Referencia: _____

Discapacidad identificada: _____

¿Ha sido referido el niño/a para servicios relacionados con la discapacidad? N/A Sí No No sé

Si alguno de los siguientes se aplica al niño, por favor seleccione todos los que correspondan:
 Experimentando la falta de vivienda En cuidado de crianza Recibiendo servicios para refugiados Recibiendo asistencia pública (cualquiera de los siguientes: WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Servicios de Alimentación y Nutrición (Food Stamps), SNAP).

Comentarios : _____

Si hay factores agravantes en el hogar del niño/a o cerca del niño/a, seleccione todos los que correspondan:
 Abuso de sustancias Preocupación por la salud mental Preocupación por la salud física
 Comentarios: _____

¿Ha fallecido recientemente alguien cercano al niño/a? Sí | Relacion hacía el niño/a: _____ No

¿Hay alguien cercano al niño/a encarcelado? Sí | Relacion hacía el niño/a: _____ No

Preferencia de Sitio de NC Pre-K

- ¿Cuál es su preferencia de sitio? Por favor clasifique en orden de ubicación preferida. El número 1 es el más preferido...
- Cada sitio DEBE tener un número DIFERENTE del 1 al 7. Si no se ha seleccionado ninguna preferencia de sitio, su hijo/a será colocado en el sitio de NC Pre-K más cercano según la dirección proporcionada y la disponibilidad.
- Si bien nos esforzaremos por ubicar a su hijo/a en su sitio deseado "Número 1", la preferencia de ubicación no está garantizada.
- Por favor comprenda que su hijo/a puede ser colocado en una lista de espera y sitios sujetos a cambios.

Orden	Sitio	Dirección	Número de Teléfono	Posible Transporte	Cuidado Después de Pre-K
	Alexandria's Angels Childcare	531 Cox Maddox Road	(919) 842-9109	Sí	Si
	Childcare Network	1309 Washington Ave	(919) 775-3885	No	Sí
	Education Station	1618 Deep River Road	(919) 292-6404	No	Si
	Estelle's Day Care II	3009 Cameron Drive	(919) 718-6705	No	Sí
	Kiddie Land Day Care	912 Broadway Road	(919) 774-1184	No	Sí
	Shooting Stars Learning Center	152 Charlotte Ave	(919) 776-0190	No	Sí
	Warren Williams Preschool	800 S Vance St	(919) 774-3529	Sí	No

Motivo(s) de su primera (1) preferencia:
 Marque todo lo que corresponda, esto nos ayudará a satisfacer mejor las necesidades de su familia (siéntase libre de agregar cualquier comentario o información adicional que le gustaría que consideramos)

<input type="checkbox"/> Cerca de mi trabajo o del trabajo de un pariente	<input type="checkbox"/> Puedo organizar el transporte	<input type="checkbox"/> Hermano(s) asiste(en) a este sitio
<input type="checkbox"/> Distancia a pie	<input type="checkbox"/> Se ofrece cuidado antes/después de la escuela	Otro: _____

RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

Esta solicitud se lleva a cabo para determinar la elegibilidad de su hijo/a para el programa NC Pre-K que se está implementando en el condado de Lee. Escriba sus iniciales debajo de "Acuerdo" o "No estoy de acuerdo"

Acuerdo	No estoy de acuerdo	La información recopilada hoy formará parte de la base de datos de NC Pre-K y se utilizará para confirmar la elegibilidad, seleccionar participantes, ubicarlos en la clase apropiada y monitorear su progreso a lo largo del programa.
		<p>Consentimiento para la divulgación e intercambio de información La información en este formulario se puede usar para determinar la elegibilidad para el Programa de NC Pre-K administrado por Partnership for Children & Families. Al ser aceptado en el programa, acepto que toda la información provista en este documento puede usarse con fines de investigación y compartirse con otras agencias que colaboran con el programa NC Pre-K, tales como: escuelas del Condado de Lee, Departamento de Servicios Sociales, etc. Entiendo esta información no se compartirá por ningún otro motivo que no sea para apoyar la participación de mi hijo/a en el programa NC Pre-K.</p>
		<p>Renuncia y Liberación de Consentimiento de Medios Doy permiso a Partnership for Children & Families y otras entidades de medios de comunicación para preparar, reproducir, publicar o exhibir mi imagen, retrato o imagen o la de mi hijo/a para que los utilicen los medios de comunicación o la asociación en sus noticias y conciencia pública de sus programas. Cualquier fotografía, dibujo u otro material gráfico ilustrativo, cinta audiovisual o ilustraciones audiovisuales, noticias, historias o artículos pueden utilizarse sin mi examen previo del producto terminado.</p>
		<p>Permiso para Administrar Evaluaciones Entiendo que si mi hijo/a está inscrito, también puede ser evaluado para determinar la elegibilidad para otros servicios que lo ayudarán a prepararse para el Kindergarten. Como participante en el programa NC Pre-K en el Condado de Lee, mi hijo/a puede recibir un examen de la vista, un examen del habla/lenguaje, un examen de audición y un examen de desarrollo para determinar si necesita ayuda en estas áreas de desarrollo antes de ingresar a Kindergarten. Estos exámenes serán realizados por varios médicos aprobados y autorizados por Partnership for Children & Families sin costo alguno para mí. Si se determina que mi hijo/a necesita una evaluación adicional como resultado de un examen, me contactarán para programar una cita para una consulta adicional.</p>
		<p>Evaluación de Salud Se requiere que una evaluación de salud esté archivada en el sitio de NC Pre-K dentro de los 30 días posteriores al ingreso del niño/a al programa NC Pre-K y debe haberse realizado dentro de los 12 meses posteriores al ingreso al programa. Si la evaluación de salud no se completa dentro de los 30 días, mi hijo/a puede perder su ubicación en NC Pre-K.</p>
		<p>Horas de Operación y Asistencia Entiendo que NC Pre-K es un programa diario de 6 horas y media, 5 días a la semana y los niños/as deben asistir regularmente durante todo el día. Entiendo que mi hijo/a debe asistir al menos el 50% de los días operativos cada mes o mi hijo/a puede ser expulsado del programa.</p>
		<p>Transporte Entiendo que soy responsable de proporcionar el transporte.</p>
		<p>Cuidado Después del Horario Pre-K A las familias se les cobrará el costo de los servicios integrales por cualquier cuidado solicitado antes o después del día escolar regular, durante las vacaciones o durante los meses de verano. Entiendo que soy responsable de cualquier tarifa cobrada por este servicio por el sitio de NC Pre-K de mi ubicación.</p>
		<p>Acuerdo de Participación de los Padres Entiendo que si mi hijo/a es seleccionado para participar en el Programa de NC Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo/a. Yo/nosotros nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios de NC Pre-K.</p> <p>Como padre participante en el Programa NC Pre-K, entiendo y acepto lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener informado al personal del sitio de NC Pre-K de mi hijo/a sobre toda la información necesaria para mantener actualizado el registro de mi hijo/a. • Participar en visitas domiciliarias en las que el maestro de clase de NC Pre-K de mi hijo/a puede venir a mi casa para hablar sobre las necesidades de mi hijo/a y mi familia/discutir las metas de mi hijo/a y la preparación para el jardín de infantes (solo sitios participantes). • Participar en las actividades del salón de clases, conferencias de padres/maestros y comunicarme con el maestro de mi hijo/a regularmente sobre su progreso. • Comunicarse con todos los maestros de NC Pre-K, otros miembros del personal y otros padres de manera respetuosa. • Cumplir con todas las políticas del centro o la escuela con respecto a la inscripción de mi hijo/a en un sitio de NC Pre-K. • Informar al maestro de mi hijo/a o al director del centro si espero retirar a mi hijo/a del salón de clases de NC Pre-K y cuándo. • Participar en actividades de transición a Kindergarten y talleres para padres (p. ej., evaluación de Kindergarten, registro, jornada de puertas abiertas, etc)

¿Cómo se enteró de este programa?

- Búsqueda de Google
- Periódico
- Facebook
- Instagram
- Sitio web
- Familia
- Amigo
- Iglesia
- Correo Electrónico
- Evento Comunitario
- Cuidado de Niños Actual
- DSS
- Sistema escolar
- Otro:

- Se le notificará el estado de la aplicación de su hijo/a dentro de un mes de completarla.
- Las aplicaciones completas entre el **9 de Marzo y 8 de Mayo** se considerarán en la primera ronda de colocaciones el **8 de Junio**
- Las cartas con la información de colocación se enviarán por correo a las familias el día **9 de Junio**.
- Las aplicaciones completas entre **9 de Mayo y 30 de Junio** se considerarán en la segunda ronda de colocaciones el **13 de Julio**
- Las cartas con la información de colocación se enviarán por correo a las familias el día **14 de Julio**.
- La escuela comenzará el **11 de Agosto** de este año, por lo que después de esa segunda ronda solo colocaremos semanalmente a medida que lleguen las aplicaciones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Certifico que soy el padre/tutor legal del niño/a cuyo nombre aparece en esta solicitud. Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es precisa y completa a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ingresos. Entiendo que esta es solo una solicitud para una posible inscripción y se me notificará si mi hijo/a es aceptado.

Imprimir Nombre:	Firma:	Fecha:
------------------	--------	--------

SÓLO PARA USO DE OFICINA

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ___ Aplicación Completa (firmada y fechada)
- ___ Acta de Nacimiento
- ___ Comprobante de Ingresos
- ___ Ingreso Adicional
- ___ Verificación de Domicilio

SI CORRESPONDE, PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

- ___ Documentación Legal de Tutela o Custodia
- ___ Documentación de Discapacidad
- ___ Documentación de Condición de Salud Crónica
- ___ Documentación de Necesidad de Desarrollo
- ___ Documentación de Necesidad Educativa
- ___ Documentación de IEP
- ___ Documentación de Militar (LES)
- ___ Carta de Concesión de Discapacidad del VA
- ___ Justificante de haber recibido (WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Alimentos y Nutrición (Food Stamps), SNAP
- ___ Documentación de servicios para personas sin hogar y/o refugiados (por ejemplo, carta del albergue, desahucio, Ejército de Salvación, Centro de Navegación, Family Promise, Servicios Sociales, Haven, Mission Outreach, Hispanic Liaison/ El Vínculo Hispano o Consulado del país de origen).

Aplicación Recibida Por: _____ Fecha: ____/____/____

Aplicación Revisada Por: _____ Fecha: ____/____/____