



New Hanover County Schools

Reach, Equip, Achieve

PROGRAMA DE EDUCACIÓN TEMPRANA

1802 S 15th St / Wilmington, NC 28401

Teléfono (910) 254-4340 o 4390 / Fax (910) 254-4117

Gracias por su interés en nuestro programa. Este es el primer paso en el proceso de determinar la elegibilidad de su hijo(a) y la colocación del salón de clase para el programa de educación temprana de las escuelas del condado de New Hanover. Nuestro programa ofrece colocación en escuelas públicas basada en su distrito preescolar. Colocación en una guardería privada también está disponible solo para niños de 4 años.

Para Aplicar:

- 1) Rellenar la solicitud
- 2) Reunir los documentos en la lista abajo
- 3) Traer la solicitud **COMPLETADA** y **TODOS** los documentos en la lista abajo a una de estos sitios:
 - Dale K. Spencer Building @ 1802 S. 15th St.
 - Howe Pre-K Center @ 1020 Meares St.
 - Johnson Pre-K Center @ 1100 McRae St.
 - Career Readiness Academy at Mosley @3702 Princess Place Dr.
- 4) Si desea asistir a un sitio privado, presente su solicitud completada a ese sitio.

¡NO PODEMOS ACEPTAR APLICACIONES INCOMPLETAS!

¡ TODOS LOS DOCUMENTOS EN ESTA LISTA DEBEN SER PRESENTADOS CON LA SOLICITUD PARA QUE SU HIJO(A) SEA CONSIDERADO(A) PARA LA COLOCACIÓN EN UNA AULA!

Favor de traer los siguientes documentos y nosotros haremos fotocopias:

Para su hijo(a):

- Copia Original **CERTIFICADA** del acta de nacimiento
- Registro actualizado de inmunizaciones (Vacunas)
- Medicaid, Health Choice o tarjeta de seguro médico, si tiene
- Si es el caso:
 - Plan Individualizado de Educación (IEP por sus siglas en Inglés)
 - Plan Individualizado de Servicios a la Familia (IFSP por sus siglas en Inglés)
 - Metas para Terapia de Habla Privada, Terapia Física, Ocupacional, etc.

Para los padres/tutor legal:

- **Certificación de Ingresos para el año 2018 (todos los que se le aplique)**
 - Declaración Fiscal de Ingresos, forma 1099, o W2
 - Ingreso Suplementario del Seguro social, Ingreso del Seguro Social
 - Copia de Pagos de Work First, TANF, recibos de pago de Soporte de sus Hijos(as)
 - Talón de pago de cheque hasta la fecha actual con fecha de Dic. 2018 o los 12 meses previos
 - Carta de su empleador con el membrete de la compañía que incluye los ingresos de los últimos 12 meses
- **Comprobante de Domicilio del Condado de New Hanover (solamente uno)**
 - Declaración actual de Impuestos de la propiedad
 - Estado de cuenta de su hipoteca o préstamo de vivienda actual
 - Contrato de renta actual, firmado
 - NOTA: el comprobante de residencia debe estar a nombre de uno de los padres o el tutor legal asignado por la corte. Si está a nombre de un amigo/familiar con el cual está viviendo usted debe completar el **Formulario de Residencia/ Afidávit de Registración** localizada en internet y/o en las escuelas y **DEBE** ser completada y NOTARIZADA junto con uno de los susodichos documentos.)
- **Identificación con foto (Licencia de Conducir Válida, Tarjeta de ID o Pasaporte)**
- **Papeles de Custodia**, si es el caso

¡Muchas gracias por su interés en nuestro programa! ¡Estamos emocionados para trabajar con su familia!

Programa de Educación Temprana de las Escuelas del Condado de New Hanover

Escuelas del Condado de New Hanover

Programa de Educación Temprana

20__-20__ Aplicación para Colocación de Salón

Nombre Legal del Niño(a): _____
 (como aparece en el acta de nacimiento) Apellidos Nombre Segundo Nombre

Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ ¿Nació su niño(a) en los Estados Unidos? ____ Sí ____ No
 Nombre Preferido: _____

Dirección actual: _____, NC _____
 Ciudad Código Postal

Dirección postal (si es diferente del hogar): _____, NC _____
 Ciudad Código Postal

Idioma Principal del Niño(a): _____ Segundo Idioma del Niño(a): _____

El Departamento de Educación de EE.UU ha desarrollado nuevas pautas con respecto a la recopilación de datos de raza y origen étnico:

- Etnicidad (marque): Hispano ____ Sí ____ No
- Raza (círcule) Blanco Africano Americano Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano o otras Islas del Pacífico

PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Relacion al niño(a): _____
 Tel. de Casa: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 ¿Vive con el estudiante? ____ Sí ____ No
 Si no, Dirección actual: _____
 Idioma que Habla: _____ Mucho Más o Menos Poquito
 _____ Mucho Más o Menos Poquito

Nivel más alto de educación
 ____ No graduado Si no tiene diploma, ultimo grado completado ____
 ____ GED ____ Graduado de Preparatoria
 ____ Algo de Universidad/Título Técnico
 ____ Licenciatura ____ Maestría ____ Doctorado

Empleo: *Por favor marque todos los que le apliquen*
 ____ Tiempo Completo ____ Tiempo Parcial ____ Militar Activo
 ____ Sin Empleo: ¿buscando empleo? ____ Sí ____ No
 ____ Escuela Preparatoria (high school)/Programa GED
 ____ Educación después de la Preparatoria (universidad)
 ____ Trabajo de Entrenamiento
 ____ Otro: _____

Ingresos (sueldo, desempleo, child support, SSI, etc.)
 \$ _____
 Marque Uno: Semanal Quincenal Mensual Anual

PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Relacion al niño(a): _____
 Tel. de Casa: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 ¿Vive con el estudiante? ____ Sí ____ No
 Si no, Dirección actual: _____
 Idioma que Habla: _____ Mucho Más o Menos Poquito
 _____ Mucho Más o Menos Poquito

Nivel más alto de educación
 ____ No graduado Si no tiene diploma, ultimo grado completado ____
 ____ GED ____ Graduado de Preparatoria
 ____ Algo de Universidad/Título Técnico
 ____ Licenciatura ____ Maestría ____ Doctorado

Empleo: *Por favor marque todos los que le apliquen*
 ____ Tiempo Completo ____ Tiempo Parcial ____ Militar Activo
 ____ Sin Empleo: ¿buscando empleo? ____ Sí ____ No
 ____ Escuela Preparatoria (high school)/Programa GED
 ____ Educación después de la Preparatoria (universidad)
 ____ Trabajo de Entrenamiento
 ____ Otro: _____

Ingresos (sueldo, desempleo, child support, SSI, etc.)
 \$ _____
 Marque Uno: Semanal Quincenal Mensual Anual

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor, escribe tres contactos de emergencia a quien se nos permita entregar su hijo(a) ***aparte de padres o tutor legal.***

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

En caso de un accidente o enfermedad, la escuela se comunicará conmigo primero. Si no se puede comunicar conmigo, yo le autorizo a la escuela que hagan lo que sea necesario.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Escuelas del Condado de New Hanover
Programa de Educación Temprana
20__-20__ Aplicación para Colocación de Salón Página 2

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Por favor use el nombre completo que está en el acta de nacimiento

INFORMACIÓN DEL CUIDADO DEL NIÑO

¿Cuál describe mejor a quien cuida continuamente (más seguido) a su hijo(a)?

___ Padre en casa ___ Familia ___ Vecino(a)/amigo(a) ___ Centro de Head Start
 ___ Centro con Licencia de Guardería ___ Guardería en la Iglesia ___ Centro Familiar con Licencia de Guardería

¿Durante los últimos 12 meses, cuánto tiempo ha sido éste el cuidado de su niño? ___ menos de 5 meses ___ más de 5 meses

Si actualmente tiene cuidado afuera del hogar: Nombre de Centro y Dirección: _____

¿Alguna vez ha aplicado para el Subsidio de Asistencia para Guardería por medio del Departamento de Servicios Sociales? ___ Sí ___ No

¿Si es así, están recibiendo el subsidio actualmente? ___ Sí ___ No ¿Si no, están ustedes en una lista de espera para el subsidio? ___ Sí ___ No

Información de Familia

El niño(a) vive con: ___ Ambos Padres ___ Madre ___ Padre Padres Adoptivos/Tutor Legal Otro: _____

¿Es uno de los padres "padrastro" o "madrasta"? ___ Sí (___ madrastra ___ padrastro) ___ No

Estado Civil Actual: ___ Soltero(a)/Viudo(a) ___ Viviendo Juntos ___ Casados ___ Separados/Divorciados ___ Esposo Desplegado
 ___ Otra situación: si es así, explique: _____

Si es Padre Adoptivo/Tutor Legal: ¿Quién colocó al niño en su cuidado? (agencia o persona) _____

Si es Padre Adoptivo/Tutor Legal: ¿Tiene los papeles que lo indican a usted como el padre adoptivo/tutor legal de este niño? ___ Sí ___ No

Nota: NHCS debe tener la documentación de cuidado adoptivo, cuidado de tutela, custodia de DSS, etc. para establecer la tutela del solicitante antes de que se le permita al niño poder comenzar la escuela

¿Recibe usted dinero para el cuidado del niño? ___ No ___ Sí ¿de quién? _____

¿Número total en la familia? (Familia = Padres en la casa y niños de 18 años de edad o menores) _____ (___ Adultos ___ Niños)

¿Existen algún problema que posiblemente esté afectando a su hijo? (Por ejemplo: Padre en el Servicio Militar, en la cárcel, divorcio/separación reciente, abuso doméstico, uso de sustancias, muerte en la familia, etc.) ___ No ___ Sí

Si es así, explique: _____

ADULTOS EN LA CASA

Nombre y apellido de los adultos en la casa. Adultos 18 años de edad o mayores		Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Relación del Adulto al Solicitante
ADULTO 1				___ Madre/Padre ___ Tutor Legal ___ Hermano(a) ___ Tía/Tío/Primo/Prima ___ Abuelo/Abuela ___ otro
ADULTO 2				___ Madre/Padre ___ Tutor Legal ___ Hermano(a) ___ Tía/Tío/Primo/Prima ___ Abuelo/Abuela ___ otro
ADULTO 3				___ Madre/Padre ___ Tutor Legal ___ Hermano(a) ___ Tía/Tío/Primo/Prima ___ Abuelo/Abuela ___ otro
ADULTO 4				___ Madre/Padre ___ Tutor Legal ___ Hermano(a) ___ Tía/Tío/Primo/Prima ___ Abuelo/Abuela ___ otro

NIÑOS EN LA CASA

Nombre y apellido de los niños en la casa. Si hay más de 5, por favor liste a niños menores de 5 primero.		Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Relación del niño(a) al Padre/Tutor Legal
NIÑO 1	----- Solicitante -----	-----	-----	-----
NIÑO 2				___ Natural/Adoptado ___ Hijo Adoptivo ___ Nieto ___ Sobrina/Sobrino ___ otro
NIÑO 3				___ Natural/Adoptado ___ Hijo Adoptivo ___ Nieto ___ Sobrina/Sobrino ___ otro
NIÑO 4				___ Natural/Adoptado ___ Hijo Adoptivo ___ Nieto ___ Sobrina/Sobrino ___ otro
NIÑO 5				___ Natural/Adoptado ___ Hijo Adoptivo ___ Nieto ___ Sobrina/Sobrino ___ otro

Escuelas del Condado de New Hanover
Programa de Educación Temprana
20__-20__ Aplicación para Colocación de Salón Página 3

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El nombre completo que está en el acta de nacimiento

¿Cómo supo de nuestro programa?

___ Un volante en la Comunidad ___ Un volante en la Escuela Primaria ___ Otro Niño en el programa
___ Alguien me dijo sobre el programa ___ Otro: (por favor indique...) _____

SERVICIOS ESPECIALES:

¿Su familia recibe: WIC? ___ Sí ___ No ¿Ingresos de Seguridad Suplementales? ___ Sí ___ No ¿Work First/TANF? ___ Sí ___ No

¿Estampillas para la Comida/SNAP/EBT? ___ Sí ___ No ¿Ingresos de Administración de Seguro Social? ___ Sí ___ No

¿Su niño ha recibido servicios por cuestiones sociales, emocionales, o de comportamiento? ___ Sí ___ No

¿Su niño tiene una discapacidad o necesidad especial? ___ Sí ___ No ___ Sospecho **Si es sí, explique:** _____

¿Su niño ha sido: evaluado por la CDSA o un sistema escolar público? ___ Sí ___ No **Si es sí, por quien:** _____

¿Su niño recibió Servicios del Departamento de Niños Excepcionales de las Escuelas del Condado de New Hanover? ___ Sí ___ No

¿Tiene su niño un Programa Individualizado de Educación (IEP) o un Plan Individualizado del Servicio Familiar (IFSP)? ___ Sí ___ No
NOTA: necesitaremos una copia del IEP/IFSP de su niño cuando usted entregue la aplicación.

¿Si es así, cual es la agencia? _____

¿Fue su niño referido a este programa? ___ Sí ___ No ¿Si es así, por quién? _____

RECONOCIMIENTO DE EVALUACIÓN EDUCATIVA

Estamos requeridos por nuestras fuentes financieras de administrar una evaluación educativa. Nuestro programa usa el Brigance Head Start III para cumplir con este requisito. Si le gustaría una copia de esta evaluación, usted puede solicitar una copia.

(Iniciales de Padre)

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO:

Mi niño tiene: ___ Medicaid ___ NC Health Choice ___ Seguro privado ___ No tiene seguro médico

Nota: necesitaremos una copia de la tarjeta de seguro médico actual para objetivos de documentación.

LUGAR MÉDICO: (*Por favor designe a un proveedor en los espacios abajo o puede indicar "ninguna preferencia")

* Hospital Preferido: _____

* El Doctor de mi hijo: _____ Ciudad: _____

* El Dentista de mi hijo: _____ Ciudad: _____

* El Oculista de mi hijo: _____ Ciudad: _____

¿Tiene su niño alguna alergia? ___ Sí ___ No **Si es así, explique:** _____

¿Está su niño recibiendo tratamiento médico por un problema crónico de salud? (o en el pasado)? ___ Sí ___ No
(Nota: Condiciones médicas que limitarían la participación de su niño en los programas escolares requieren una nota del doctor.)

Por favor explique: _____

¿Requiere su niño medicamento en la escuela? ___ Sí ___ No ___ Tal Vez **Explique por favor:** _____

Yo doy mi consentimiento para que mi niño(a) reciba un examen de Oídos/ Visión/ Altura/ Peso. (Iniciales) Sí _____ No _____

Escuela del Condado de New Hanover
Programa de Educación Temprana
20__-20__ Aplicación para Colocación de Salón Página 4

Nombre del niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
El nombre completo que está en el acta de nacimiento

Información de Colocación Escolar

- Aulas Escolares Públicas son adjudicadas basadas en el Distrito Pre-Kínder de las Escuelas del Condado de New Hanover
- El transporte esta limitado en el centro preescolar de Johnson, dónde solo tienen paradas de autobús comunitarias
- Servicios de IEP sólo serán dados en sitios públicos, no privados
- No se puede transferir estudiantes entre sitios públicos y privados
- Los salones de las escuelas públicas del Pre-Kínder funcionan durante el horario normal del sistema escolar público y no ofrecen cuidado antes o después de la escuela como parte del programa
- Es la responsabilidad del padre de buscar el cuidado para su niño antes y después de la escuela y asegurarse que estos servicios están establecidos con el sitio ANTES de que su niño comience la escuela
- Animamos a los padres a visitar las guarderías privadas para más información sobre sus programas
- Indique abajo su preferencia del SITIO ESCOLAR PÚBLICO O GUARDERIA PRIVADA para la colocación de salón

Por favor marque una 'a la escuela' y una 'de la Escuela.'

A La Escuela: ___ Vehículo Familiar ___ Van de la Guardería ___ Autobús Escolar

De La Escuela: ___ Vehículo Familiar ___ Van de la Guardería ___ Autobús Escolar

Ubicaciones de Salones de Educación Temprana

Salones de Escuelas Públicas	
La colocación de escuela es basada en líneas de distrito escolares y rutas de autobús establecidas para escuelas públicas; no en la preferencia del padre.	
CRA @ Mosley Centro Preescolar en 3702 Princess Place Drive, Wilmington (solo 3 años)	
Johnson Pre-K Centro en 1100 McRae Street, Wilmington (3 y 4 años)	
Castle Hayne Elementary en 3925 Roger Haynes Drive, Castle Hayne	
Howe Pre-K Centro en 1020 Meares Street en Wilmington	
Freeman Elementary School of Engineering en 2601 Princess Place Drive, Wilmington	
College Road Early Childhood Center en 4905 S College Rd, Wilmington	
Wrightsboro Elementary en 2716 Castle Hayne Road, Wilmington	

Centros Privados de Guardería		Número Telefónico	Ofrecen Transporte	Cuidado Después de la Escuela
A	CDC en 3802 Princess Place Drive, Wilmington	(910) 343-4245	No	Sí
B	CCN #83 en 1553 41 st Street, Wilmington	(910) 395-5400	Sí	Sí
C	CCN #82 en 4808 New Center Drive, Wilmington	(910) 452-4444	Sí	Sí
D	CCN #127 en 19 Lennon Drive, Wilmington	(910) 392-3430	Sí	Sí
E	CCN #128 en 6640 Gordon Road, Wilmington	(910) 397-9090	Sí	Sí
F	CCN #158 en 2411 Flint Drive, Wilmington	(910) 799-5195	Sí	Sí
G	CCN #159 en 4202 Wilshire Boulevard, Wilmington	(910) 791-2080	Sí	Sí
H	Kids & Company Preschool Learning Center en 5222 S College Road, Wilmington	(910) 799-8023	Sí	Sí
I	Kids & Company Preschool Learning Center en 2619 Newkirk Avenue, Wilmington	(910) 799-7195	Sí	Sí
J	Excel Learning Center #3 en 165 Vision Drive, Wilmington	(910) 793-4884	No	Sí

Elija SÓLO UNO: (Si usted elige un sitio privado y su niño tiene un IEP, usted será responsable de transportar a su niño a un sitio público para servicios de IEP)

___ ESCUELAS PÚBLICAS **O** ___ CENTROS PRIVADOS DE GUARDERÍA: Indique su Opción A-I: _____

Por favor proporcione cualquier información adicional o circunstancias especiales que puedan afectar en dónde colocamos a su niño

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Staff Use Only: Interviewer Signature: _____ Date: _____

**New Hanover County Schools
Early Childhood Education Program
MEDICAL ALERT FORM**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **Fecha de nacimiento** _____

Escribir los nombres y números de teléfono

Esto incluye el permiso de recoger a su niño de la escuela

Padres/Tutor Legal: _____ Número de teléfono _____

Padres/Tutor Legal: _____ Número de teléfono _____

Contactos en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ # _____

Nombre: _____ Relación: _____ # _____

Los Padres son responsables de notificar a la enfermera de la escuela acerca de condiciones médicas de su hijo (a). Incluya información de las visitas recientes al hospital o cirugías.

Eligir todos los que le aplican:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún problema de salud | <input type="checkbox"/> Problema de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Asma/problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de huesos/músculos | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema del corazón |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oídos | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz frecuente | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Otra condición – explique _____ | |
| <input type="checkbox"/> Alergia a comida / insectos (que requiere medicamento en la escuela) | |
| Síntomas: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados en casa _____ | |
| <input type="checkbox"/> Necesita medicamentos **, Cuidados especiales en la escuela | |

**** CUALQUIER MEDICAMENTO QUE NECESITA SER ADMINISTRADO DEBE SER PROPORCIONADO A LA ESCUELA POR EL PADRE JUNTO CON LA HOJA ESCOLAR DE AUTORIZACIÓN DE UN MÉDICO PARA EL MEDICAMENTO.**

Comentarios Adicionales:

Clínica o doctor del estudiante: _____ # _____

NOTA: Empleados del programa de educación temprana de las escuelas del condado de New Hanover y la enfermera escolar tienen permiso de llamar el doctor de mi hijo para obtener cualquier información en relación a la salud de mi hijo(a).

Firma de padre/tutor legal

Fecha

** Esta información podrá ser compartida con los maestros, enfermera, cafetería, archivos y oficina de administración de la escuela.

SCHOOL NURSE USE ONLY

El cuadro debe ser llenado por la enfermera escolar.

Initials: _____

Student Medication: _____ Date Reviewed _____

Special Instructions: _____