

Lista de Requisitos para la Aplicación para el Programa de Pre-Kinder de Las Escuelas del Condado de Dare 2020-2021

Todos los documentos son requisitos y necesitan estar incluidos adjuntos para que la aplicación de su hijo/a sea procesada. Favor de completar la aplicación a más tardar el **1 de mayo, 2020**.

- Copia de Acta de Nacimiento del Estudiante** – debe cumplir 4 años en o antes del 31 de agosto, 2020
- Documentación de Residencia en el Condado de Dare** – Copia de licencia de manejar, contrato de renta firmado o factura de servicio actual (agua, electricidad). Si nombre del p/madre no está en el contrato/factura, se necesita una carta de la persona pagando la renta/factura indicando que la familia del estudiante vive en la residencia indicada.
- Todas las fuentes de ingreso de la familia.** Favor de incluir:
 - Copias de formas de impuestos completas del 2019 con copias de W-2s y todas las formas para cada p/madre/guardián
- O**
- Dos (2) talones de cheques recientes y consecutivos para cada p/madre/guardián quien trabaja.
- Y**
- Documentación de manutención de hijos, compensación de jubilación, compensación laboral, beneficios de seguro social o desempleo, o asistencia pública si aplica.

Documentos Adicionales Requeridos (si aplica)

- Copia del Programa de Educación Individualizado (IEP) del estudiante
- Documentación de servicio militar del p/madre
- Documentación del doctor del estudiante de cualquier enfermedad crónica
- Documentación de guardián legal/custodia si aplica

Una evaluación de desarrollo es parte del proceso de aplicación y será programada para su hijo/a durante la semana del 2-12 de junio, 2020. Le notificaremos del lugar y la hora.

Regrese aplicación completada con todos los documentos requeridos a la Oficina Central de Las Escuelas del Condado de Dare o envíe por correo a:

Dare County Schools
Post Office Box 1508
Nags Head, North Carolina 27959

Aplicación y documentos pueden ser escaneados y enviados electrónicamente a florake@daretolearn.org **Favor de no mandar fotos de los documentos.**

Para más información, o para programar una cita para recibir ayuda llenando esta aplicación, favor de llamar a la Oficina Central de las Escuelas del Condado de Dare al 252-480-8888.

Child's Name _____

Aplicación para Pre-Kinder de Dare County Año Escolar 2020-2021

Nombre Completo _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido (Paterno) Segundo Apellido (Materno)

Fecha de Nacimiento _____ Indica Uno Niño Niña
 Mes Día Año

Marque solo Uno _____ Hispano/Latino _____ No Hispano/Latino

Favor de marcar todos cuales aplican:

- Blanco/Europeo
- Hawaiano/Islas Pacificas
- Indígena Americano/Alaska
- Africano Americano
- Asiático

Domicilio Físico del niño _____
 Calle Ciudad Código Postal

Donde recibe correo _____
(Si diferente de domicilio físico.) Numero de Buzón de Correo Ciudad Código Postal

Condado de Residencia _____

Correo electrónico principal (padre/madre/guardián puede ser contactado): _____

¿Con quien vive el niño/a? (Marque uno)

- Madre Solamente Padre Solamente Madre y Padre Custodia Legal/Pariente
- Custodia Legal/ No Pariente Guardian Legal/Pariente Guardian Legal/ No Pariente
- Custodia compartida Otra (favor de explicar) _____

Is the child currently in foster care with either a relative or non-relative? Yes No

Nombre de Madre/Madrastra/Guardián _____

Domicilio Físico de Madre/Madrastra/Guardián _____
 Calle Ciudad Código Postal

Número de Teléfono _____ Número de Teléfono Alternativo _____

Correo electrónico _____

Lugar de Empleo de Madre _____
 Nombre de Empleo Teléfono de Empleo

Nombre de Padre/Padrastro/Guardián _____

Domicilio Físico de Padre/Padrastro/Guardián _____
 Calle Ciudad Código Postal

Número de Teléfono _____ Número de Teléfono Alternativo _____

Correo electrónico _____

Lugar de Empleo de Padre _____
 Nombre de Empleo Teléfono de Empleo

Favor de nombrar los miembros inmediatos de la familia viviendo en el domicilio y su relación al estudiante.

Include Parents/Guardians, Stepparents (by marriage), and Minor Siblings.

Do Not include extended family members such as Grandparents, Aunts, Uncles, Cousins who live in the home but do not have Guardianship. Do not include siblings over the age of 18.

Nombre	Relación al Estudiante	Fecha de Nacimiento	escuela / grado (hermanos)
Solicitante	Solicitante	En Frente de Aplicación	
Numero Total en Familia _____			

Mi familia recibe cupones de alimentos: Si No

Favor de escoger la mayor descripción del domicilio/residencia de su familia:

- Permanente o amistades debido a la pérdida de vivienda
- Temporalmente Legal/Parentee viviendo con familiares
- Albergue para indigentes/ sin hogar Albergue para mujeres o jóvenes abusados Hotel/Motel
- Hospital o Centro de Rehabilitación Sin domicilio nocturno permanente
- Otro (Favor de explicar) _____

Ingresos Familiares

Favor de Notar: Se requiere documentación de toda fuente de ingresos familiares. Sin documentación de ingresos, la aplicación no será considerada.

Nombre de Madre/Madrastra/Guardián: _____

Favor de marcar todo que aplica: Trabajando (Si trabaja, lista cuantas horas trabaja por semana): _____

Buscando Empleo Estudiando en la universidad Estudiando en la prepa Entrenando para empleo

Otro Empleo - Explicar: _____ Madre no tiene ingresos

Ingresos ANTES de Retiros de Impuestos	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Alimenticia (apoyo después de divorcio/separación)	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de Hijos	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al Trabajador	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
SSI/TANF/Work First (apoyo del gobierno – Seguro Social, etc.)	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Pago De Horas Extras	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal

Nombre de Padre/Padastro/Guardián: _____

Favor de marcar todo que aplica: Trabajando (Si trabaja, lista cuantas horas trabaja por semana): _____

Buscando Empleo Estudiando en la universidad Estudiando en la prepa Entrenando para empleo

Otro Empleo - Explicar: _____ Padre no tiene ingresos

Ingresos ANTES de Retiros de Impuestos	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Alimenticia (apoyo después de divorcio/separación)	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de Hijos	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al Trabajador	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
SSI/TANF/Work First (apoyo del gobierno – Seguro Social, etc.)	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Pago De Horas Extras	\$	Esta cantidad es <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Por Quincena <input type="checkbox"/> Semanal

¿Cuál es el idioma **principal** que se habla en el hogar? (Favor de listar solo uno) _____

¿En qué idioma desea que su hijo sea evaluado? _____

¿Tiene su hijo/a una dificultad física o enfermedad crónica? (eje. asma, diabetes, etc.)?

Sí – favor de especificar e incluir documentación adjunto del doctor. _____

No/No sé

¿Es él/la p/madre/guardián un miembro activo de las fuerzas militares o fue él/la p/madre/guardián seriamente lesionado o matado durante servicio militar? Si (Favor de incluir documentación adjunto) No

Yes No

¿ Su hijo ha sido referido para una evaluación o ha sido identificado con alguna discapacidad?

Fecha de Referencia _____

Si su hijo ha sido evaluado para alguna discapacidad? ¿Cuál fue la decisión basada en la evaluación?

No Aplica Ninguna discapacidad identificada decisión de evaluación en proceso

Una o más discapacidad identificada Se desconoce

¿Tiene su hijo/a actualmente un Plan de Educación Individualizado (IEP)?

Sí No **Si indico que "sí," favor de incluir una copia.**

Categoría de discapacidad identificada: Autismo Sordo/Ciego Discapacidad Auditiva Múltiples Discapacidades Otro Impedimento de Salud Impedimentos Discapacidad del habla y lenguaje Traumatismo craneoencefálico/cerebral Desarrollo Atrasado

Mi hijo/a **nunca ha asistido** a un programa de Pre-Kinder, programa de guardería, o guardería en casa privada.

Mi hijo **actualmente no recibe servicios de pre-escolar, pero en el pasado, asistió** a un programa de Pre-Kinder, programa de guardería, o guardería en casa privada.

Nombre del Programa (información obligatoria) _____

Asistió al programa por ultima vez en _____
mes año

Mi hijo/a **esta asistiendo** un programa de Pre-Kinder, un programa de guardería, o guardería en casa privada.

Nombre del Programa (información obligatoria) _____

Mi hijo/a tiene un vale de subsidio/asistencia. Sí No

Mi hijo **ha asistido a Head Start.** Planeamos re-aplicar. Sí No

Hacemos lo posible por matricular a los niños en la escuela indicada según las zonas escolares. Sin embargo, si no hay un espacio disponible en la zona escolar de su hijo, se puede considerar su matriculación en otro sitio. Por favor clasifique los siguientes sitios en orden de preferencia usando los números 1-4. Si no tiene interés en asistir a un sitio en particular, marque con un cero.

_____ Escuela Primaria de Cape Hatteras

_____ Escuela Primaria de Manteo

_____ Escuela Primaria de First Flight

_____ Escuela Primaria de Nags Head

Las familias son responsables de transportar a sus hijos a cualquier sitio de NC Pre-K que no sea la zona escolar de su hijo. Si mi hijo se matricula en un sitio alternativo, yo estaría dispuesto / podría proporcionar el transporte hacia y desde la escuela todos los días. Sí No

Al firmar y presentar esta aplicación:

Yo autorizo a las agencias asociadas con Pre-Kinder (Escuelas del Condado de Dare, Alianza de Niños & Jóvenes, Smart Start, Dare County Human Services, y Head Start) a intercambiar información respecto a mi hijo/a para el propósito de determinar elegibilidad para programas de Pre-Kinder federales o estatales y para la colección de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y División de Desarrollo Juvenil y Educación Temprana.

Yo doy permiso para que mi hijo/a reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, dental, y/o del habla y lenguaje y que estos resultados sean compartidos entre las agencias asociadas con programas de Pre-Kinder (Escuelas del Condado de Dare, Asociación de Niños & Jóvenes, Smart Start, Dare County Human Services, y Head Start).

Yo comprendo que transportación de ida y vuelta a Pre-Kinder será proveída si mi hijo/a asiste al Pre-Kinder in mi zona escolar. Si yo decido que mi hijo/a asiste a un programa de Pre-Kinder afuera de mi zona escolar, transportación será la responsabilidad de la familia.

Yo comprendo que si hay algún cambio al domicilio físico de mi hijo/a, numero de teléfono, o asistencia a cualquier tipo de guardería licenciada, o si hay algún cambio en los ingresos familiares, es mi responsabilidad notificarle a la escuela de mi hijo/a e informarles de cualquier cambio.

Yo comprendo que si mi hijo/a se seleccionado/a para el programa, el/la podría estar en una lista de espera.

Yo certifico que toda información proveída aquí es cierta, correcta, y completa. Entiendo que esta información será usada para determinar elegibilidad para recibir fondos para el programa. Personal del programa puede verificar información en esta aplicación. Falsificación deliberada me expone a ser procesado/a bajo las leyes del estado de Carolina del Norte.

Nombre de P/Madre/Guardián (letra de molde): _____

Firma de P/Madre/Guardián* _____

Fecha _____ **Relación al Estudiante** _____

***Si guardián firma, favor de adjuntar documentación de custodia.**