



Escuelas del Condado de New Hanover

Solicitud de Pre-K 2020-2021



1. Complete la Solicitud con los Documentos requeridos

****Responda todas las preguntas y asegúrese de Firmar y poner la fecha en la solicitud.**

Importante

Los siguientes **artículos** deben **presentarse** en la **escuela** de su hijo antes del primer día de clases.

- Evaluación de salud preescolar (físico)
- Registro actualizado de inmunizaciones (Vacunas)
- Formulario de verificación dental

Documentos Requeridos del Niño

- Certificado de Nacimiento
 - Registro Actualizado de Vacunas
 - Medicaid, Health Choice, o Seguro Medico
- Si es el caso,**
- Plan Individualizado de Educación (IEP)
 - Plan Individualizado de Servicios a la Familia (IFSP)
 - Metas para Terapia de Habla Privada, Terapia Física, Ocupacional, etc.

Documentos Requeridos de Padres/Tutor Legal

- Identificación con Foto de Padre/Tutor Legal
 - Comprobante de Domicilio
 - Comprobante de Verificación de Ingresos para el año 2019
- Si es el caso,**
- Documentos de Tutela Legal/Custodia

Applicable Forms of Documentation

Comprobante de Domicilio

- **¿Es dueño de su casa?** Proporcione una copia de la escritura, una declaración de hipoteca o una declaración de cierre de HUD
- **¿Alquila?** Proporcione una copia del contrato de alquiler bajo su nombre.
- **¿Vive en la casa de otra persona?** Proporcione la declaración jurada de residencia notariada (proporcionada por NHCS) con las escrituras, declaración de hipoteca, declaración de cierre de contrato o una copia del contrato de alquiler de la persona con la que vive.

Ejemplos: declaración de impuestos a la propiedad actual, contrato de arrendamiento actual, declaración de hipoteca mensual actual y/o declaración jurada de residencia de NHCS (proporcionado por NHCS)

Comprobante de Verificación de Ingresos

Ejemplos:

- **Registros de impuestos 2019** (W-2's; 1040; 1099's)
- **Talones de Cheque** (el talón deben enseñar el total de ingresos de todo el año)
- **Cartas de adjudicación de la Administración del Seguro Social**
- **Cartas de adjudicación de la Comisión de Seguridad del Empleo -Declaración impresa del empleador firmada por el empleador** (con el membrete/logo de la compañía)
- **Declaración firmada cuando el individuo afirma no tener ingresos, Hoja de Verificación de Ingresos (proporcionado por NHCS)**
- **Pagos de Work first/TANF**
- **Pagos de Child Support**
- **Foster Care Stipend**

2. Lleve la solicitud y la documentación requerida a una de las siguientes ubicaciones:

Ubicación	Dirección	Días/Hora
The Dale K. Spencer Building (910)-254-4340 o (910)-254-4390	1802 S. 15th Street	lunes - jueves 8:00 AM - 3:00 PM
Johnson Pre-K Center Hablamos Español (910)-251-6155	1100 McRae Street	
Career Readiness Academy @ Mosley (910)-251-6161	3702 Princess Place Drive	

Información de Colocación Escolar

1. Aulas Escolares Públicas son adjudicadas basadas en el Distrito Pre-Kínder de las Escuelas del Condado de New Hanover
2. El transporte está limitado en el centro preescolar de Johnson, donde solo tienen paradas de autobús comunitarias
3. Servicios de IEP sólo serán dados en sitios públicos, no privados
4. No se puede transferir estudiantes entre sitios públicos y privados
5. 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
6. 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
7. Animamos a los padres a visitar las guarderías privadas para más información sobre sus programas

Salones de Escuelas Públicas -Padres por favor entiendan: 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 Pre-K Center en 3702 Princess Place Drive, Wilmington (solo 3 años)
- Dorothy B. Johnson Pre-K Center en 1100 McRae Street, Wilmington (3 y 4 años)
- Castle Hayne Elementary en 3925 Roger Haynes Drive, Castle Hayne
- Howe Pre-K en 1020 Meares Street, 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 <i>Si elige un sitio privado, lleve su solicitud a ese sitio.</i>	Número Telefónico	Ofrecen Transporte	Cuidado Antes/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 at 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.

Transportación

<input type="checkbox"/> Escuela Pública	<input type="checkbox"/> Centro Privado de Guardería Indique su Opción A-J: _____ Ya que complete su solicitud por favor entregue la en el centro privado que eligió	Por las Mananas	Por las Tardes
		<input type="checkbox"/> Vehículo Propio <input type="checkbox"/> Van de la Guardería <input type="checkbox"/> Autobús Escolar	<input type="checkbox"/> Vehículo Propio <input type="checkbox"/> Van de la Guardería <input type="checkbox"/> Autobús Escolar

Información del Niño(a)				
Nombre Legal del Niño (como está escrito en el certificado de nacimiento)				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	
Fecha de Nacimiento: ___/___/___				
Edad para el 31 de agosto: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Dirección actual:				
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección postal (si es diferente del hogar):				
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
¿Nació su niño(a) en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Este niño tiene un padre que sirve activamente en el ejército? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Fue un padre o tutor legal de este niño gravemente herido o asesinado mientras estaba en servicio activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Raza (elija todos los que le correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano or Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro, por favor anote _____			Idioma Principal del Niño(a): _____ Segundo Idioma del Niño(a): _____	
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino			Dominio del Inglés <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Más o Menos <input type="checkbox"/> Mucho	
El Niño(a) Vive Con: (*proporcionar copias de documentos legales) <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos* <input type="checkbox"/> Tutor Legal* <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro: (explique) _____				
¿Existen algún problema que posiblemente esté afectando a su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor explique <input type="checkbox"/> padre en el servicio militar <input type="checkbox"/> encarcelamiento de un padre <input type="checkbox"/> divorcio/separación reciente <input type="checkbox"/> abuso de sustancias <input type="checkbox"/> violencia doméstica <input type="checkbox"/> muerte en la familia <input type="checkbox"/> falta de vivienda <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique _____				
Si es Padre Adoptivo/Tutor Legal				
¿Quién colocó al niño en su cuidado? (nombre de la agencia o persona) _____				
¿Tiene los papeles que lo indican a usted como el padre adoptivo/tutor legal de este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>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</i>				
¿Recibe usted dinero para el cuidado del niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿de quién? _____				
Información de Cuidado del Niño(a)				
¿Está su hijo actualmente bajo cuidado en un lugar que no sea su hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿dónde y seleccionar el tipo de instalación? _____ <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino(a)/amigo(a) <input type="checkbox"/> Centro de Head Start <input type="checkbox"/> Guardería con Licencia <input type="checkbox"/> Guardería Familiar con Licencia <input type="checkbox"/> Guardería de una Iglesia				
¿Durante los últimos 12 meses, cuánto tiempo ha sido éste el cuidado de su niño? <input type="checkbox"/> menos de 5 meses <input type="checkbox"/> más de 5 meses				
¿Alguna vez ha aplicado para el Subsidio de Asistencia para Guardería por medio del Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Si es así, están recibiendo el subsidio actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si no, están ustedes en una lista de espera para el subsidio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

Información del Padre/Tutor Legal			
<p>Nombre Legal:</p> <p>Primer Nombre Segundo Nombre Apellido</p> <p>Elija Uno <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:</p> <p>_____</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p> </td> </tr> </table>	<p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p>	<p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p>
<p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p>	<p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p>		
<p>Primer # _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo</p> <p>Alternativo # _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo</p> <p>Correo Electrónico: _____</p>	<p>¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, indique la dirección:</i></p> <p>_____</p> <p>Calle</p> <p>_____</p> <p>Ciudad Estado Código Postal Condado</p>		
<p>Idioma Primario: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Más o Menos <input type="checkbox"/> Mucho</p> <p>Idioma Secundario: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Más o Menos <input type="checkbox"/> Mucho</p>	<p>Nivel más Alto de Educación</p> <p><input type="checkbox"/> <9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Universidad/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título Técnico <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Inscrito en la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> inscrito en Entrenamiento Laboral <input type="checkbox"/> Inscrito en la Universidad</p>		
<p>Empleo (Por favor marque todos los que le apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> activo en el militar <input type="checkbox"/> retirado <input type="checkbox"/> trabajo de entrenamiento <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> sin empleo → Si actualmente está desempleado, ¿está buscando empleo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otro:</p> <p>_____</p>	<p>Ingresos (sueldo, desempleo, child support, SSI, Soc. Sec, etc.)</p> <p>\$ _____ Elija Uno → <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual</p> <p>Social Security Administration Income <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Food Stamps/SNAP/EBT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Work First/TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Supplemental Security Income <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
Información del Padre/Tutor Legal			
<p>Nombre Legal:</p> <p>Primer Nombre Segundo Nombre Apellido</p> <p>Elija Uno <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:</p> <p>_____</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p> </td> </tr> </table>	<p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p>	<p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p>
<p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de Nacimiento</p> <p>____/____/____</p>	<p>Estado Civil Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: (explique)</p>		
<p>Primer # _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo</p> <p>Alternativo # _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo</p> <p>Correo Electrónico: _____</p>	<p>¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, indique la dirección:</i></p> <p>_____</p> <p>Calle</p> <p>_____</p> <p>Ciudad Estado Código Postal Condado</p>		
<p>Idioma Primario: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Más o Menos <input type="checkbox"/> Mucho</p> <p>Idioma Secundario: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Más o Menos <input type="checkbox"/> Mucho</p>	<p>Nivel más Alto de Educación</p> <p><input type="checkbox"/> <9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Universidad/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título Técnico <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Inscrito en la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> inscrito en Entrenamiento Laboral <input type="checkbox"/> Inscrito en la Universidad</p>		
<p>Empleo (Por favor marque todos los que le apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> activo en el militar <input type="checkbox"/> retirado <input type="checkbox"/> trabajo de entrenamiento <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> sin empleo → Si actualmente está desempleado, ¿está buscando empleo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otro:</p> <p>_____</p>	<p>Ingresos (sueldo, desempleo, child support, SSI, Soc. Sec, etc.)</p> <p>\$ _____ Elija Uno → <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual</p> <p>Social Security Administration Income <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Food Stamps/SNAP/EBT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Work First/TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Supplemental Security Income <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		

Número Total en la Familia Familia = Padres en la casa y niños. ____ adultos + ____ niños = ____ TOTAL DE FAMILIA

Adultos en la Casa * Cualquier persona mayor de 18 años es considerado como un adulto..

Nombre (primer nombre, apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación del Adulto al <u>Solicitante</u>
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Other _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Other _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Other _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Other _____

Niños en la Casa * Apunte los nombres y apellidos de los niños. Si hay más de 5 niños, primero apunte a los niños menores de 5 años. **NO apunte al solicitante**

		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro _____

Discapacidades de Niños/Servicios Especiales

¿Tiene alguna preocupación con respecto al habla, vista, desarrollo físico, audición, salud, desarrollo social o comportamiento de su hijo?

No Sí Si es sí, explique:

¿Ha sido evaluado su hijo? No Sí

¿Tiene su hijo alguna discapacidad diagnosticada? (es decir, habla, ceguera, ortopedia, audición, enfermedades crónicas, social, emocional o comportamiento)

No Sí Si es sí, explique:

¿Tiene su hijo un IFSP actual (Plan Individualizado del Servicio Familiar)? No Sí

¿Su hijo recibe servicios a través de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de los Niños (CDSA)? No Sí

¿Tiene su hijo un IEP actual (Programa Individualizado de Educación)? No Sí

¿Su niño recibe Servicios del Departamento de Niños Excepcionales de las Escuelas del Condado de New Hanover?

No Sí Si es sí, explique: (Lugar y Tipo de Servicio)

¿Su hijo actualmente recibe servicios privados o de algún proveedor de la comunidad por problemas de discapacidad, sociales, emocionales o de comportamiento? No Sí Si es sí, explique: (Lugar y Tipo de Servicio)

MEDICAL ALERT FORM

Seguro Médico: Mi niño(a) tiene: Medicaid NC Health Choice Seguro Privado No tiene seguro médico

Apunte los nombres y números de teléfono - Esto incluye el permiso de recoger a su niño de la escuela

Padre/Tutor Legal Relación Número telefónico

Padre/Tutor Legal Relación Número telefónico

Contactos de Emergencia

Nombre Completo Relación Número telefónico

Nombre Completo Relación Número telefónico

Nombre Completo Relación Número telefónico

Por favor marque todos los que apliquen

Ningún problema de salud

Alergia

- Comida: _____
- Insectos: _____
- Medicina: _____
- Otro: _____

Tipo de reacción alérgica:

- Anafilaxia
- Reacción local

Respuesta requerida:

- Autoinyector de Epinefrina
- Otro: _____

- Anemia En Riesgo de Anemia
- Asma Tratado en casa / no se requieren medicamentos para la escuela
- Atención / aprendizaje
- Trastorno de huesos/muscular
- Trastorno de sangre/sangrado
- Diagnóstico Emocional/ Comportamiento
- Cancer/Leucemia
- Parálisis Cerebral
- Fibrosis Quística
- Diabetes
- Incontinencia Fecal
- Orinando Involuntariamente

- Desórdenes genéticos
- Condición del Corazón
- VIH
- Problemas del Oído
- Sangrado de Nariz, frecuentes
- Obesidad
- Condicion Ortopedica
- Prematuro, (<32 semanas. EGA)
- Convulsiones
- Anemia falciforme Rasgos
- Habla / lenguaje
- Tuberculosis En riesgo de TB
- Trastorno de la Visión
- Otro: _____

¿Su hijo toma medicamentos recetados por el doctor en casa? No Sí
 Si es sí, explique

¿Su hijo requerirá tomar medicamentos recetados en la escuela? No Sí
 Si es sí, explique

*Cualquier medicamento que se administre debe ser provisto a la escuela por el padre junto con la **HOJA ESCOLAR de AUTORIZACIÓN de un MÉDICO para ADMINISTRAR MEDICAMENTO.***

Ubicaciones Médicas (Clínica, Doctor y Número de Teléfono)

Hospital Preferido New Hanover Regional Medical Center Otro:

Doctor Primario Nombre de la Clínica Número Telefónico

Dentista Primario Nombre de la Clínica Número Telefónico

Oculista Nombre de la Clínica Número Telefónico

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

Firma del Padre/Tutor Legal:

Fecha:

SCHOOL NURSE ONLY

Student Medication: _____ Initials: _____

Special Instructions: _____ Date Reviewed: _____

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

¿Cómo se enteró del Programa de Educación Temprana de NHCS?

folleto en comunidad folleto en la escuela primaria tuvo a otro niño en el programa antes alguien le dijo Otro: _____

Entiendo que estoy completando esta solicitud para **determinar la elegibilidad** para una posible colocación en el Programa de Educación Temprana de NHCS. Entiendo que una solicitud presentada **NO** es una aceptación garantizada en el programa preescolar. Las selecciones se realizan en función de las necesidades de cada niño y/o familia. Entiendo que el Programa de Educación Temprana de NHCS se comunicará conmigo si se necesita información adicional, para el estado de la lista de espera y/o carta de aceptación.

Iniciales

Entiendo que si mi hijo está inscrito, **se alienta la participación familiar**. Mi familia cooperará para presentar la documentación necesaria y participará en visitas al hogar, conferencias y oportunidades de participación familiar para cumplir con los requisitos del programa..

Iniciales

En caso de accidente o enfermedad, la escuela me contactará primero. Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, autorizo a la escuela a hacer los arreglos que considere necesarios.

Iniciales

Nuestras fuentes de financiamiento nos exigen que administremos una **evaluación educativa**. Nuestro programa utiliza Brigance III de Head Start para cumplir con este requisito. La evaluación se realizará antes del comienzo de la escuela o dentro de los primeros 45 días desde que los niños comienzan la escuela. Puede solicitar una copia de los resultados al examinador o escuela.

Iniciales

Doy permiso a la escuela para que mi hijo(a) reciba exámenes de audición, visión, odontología, altura, peso, hemoglobina y/o un examen de habla y lenguaje y que los resultados de estos exámenes se compartan con el Programa de Educación Temprana de NHCS.

Iniciales

El formulario de evaluación de salud (físico), el formulario de verificación dental y las vacunas actualizadas son necesarias para que mi hijo asista a la escuela.

Iniciales

Por favor lea cuidadosamente: Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que la información proporcionada se utiliza para documentar la elegibilidad del programa. Si en algún momento cambia la situación de mi familia o hijo, entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal:

Fecha:

Staff Interviewer:

Date Received: