



Favor de rellenar un formulario para cada niño elegible y entréguelo a la escuela, lo cual está en su zona escolar.
 Se considera elegible el niño que cumple los cuatro (4) en o antes la fecha **31 de agosto**.

Nombre completo del niño: (como escrito en el acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento:
---	-----------------------------

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Raza: (marque uno o más cajas) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Otro islandero pacífico <input type="checkbox"/> Caucasiano / Europeo Americano
---	---	--

Domicilio/Calle: _____ Ciudad/Código postal: _____ Escuela: _____	Dirección postal: (si es diferente del domicilio) _____
--	---

¿Su familia no tiene hogar (vive temporalmente con amigos / familiares o en un refugio / automóvil / hotel)? Sí No

Niño vive con: los dos padres Madre Padre Otra persona _____
 Si usted es un tutor legal del niño ordenado por la corte, proporcione una copia de la orden judicial.

Los padres son: solteros casados separados divorciados

MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN	PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN
Nombre:	Nombre:
¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Hablamos inglés con fluidez <input type="checkbox"/> Algo de inglés <input type="checkbox"/> No inglés	¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Hablamos inglés con fluidez <input type="checkbox"/> Algo de inglés <input type="checkbox"/> No inglés
Dirección de correo electrónico:	Dirección de correo electrónico:
Núm. tel. del hogar: ()	Núm. tel. del hogar: ()
Núm. de celular: ()	Núm. de celular: ()
Núm. tel. de trabajo: ()	Núm. tel. de trabajo: ()

Listar todos los adultos, los que viven en su hogar (mayores de 18 años):

Nombre	Pariente al niño
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Listar todos los niños, los que viven en su hogar (menores de 18 años):

Nombre	Pariente al niño	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

~~ CONTINUE EN RELLENAR EL FORMULARIO AL DORSO ~~

Información de elegibilidad

¿Este niño tiene algún discapacidad o dificultad en su desarrollo?

Sí No No sé

Si contesta que sí, se había referido para una evaluación completa y ya recibió un diagnóstico que está atrasado en su desarrollo?

Sí No

¿Cual agencia o proveedor hizo la evaluación? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene este niño un IEP (plan educativo de la educación especial)? Sí No

¿Recibe este niño algún tipo de terapia o servicio especial (favor de marcar cualquier que se aplica)

- terapia del habla terapia físico terapia ocupacional
 visitas por especialista de intervención temprano Otro (favor de explicar) _____

Si no está seguro, ¿cuales son sus preocupaciones del desarrollo de este niño? _____

¿Tiene este niño problemas crónicos de salud? (asma, diabetes, sickle cell, etc.)

Sí No

Si contesta que sí, favor de explicar: _____

En este momento, ¿está inscrito este niño en un programa pre-kindergarten o guardería?

Sí No

Si contesta que sí, ¿cómo se llama? _____

¿Ha aplicado para la subvención por el Departamento de Seguro Social? Sí No

- Si contesta que sí, favor de marcar uno:
- Recibimos la subvención de DSS. No cualificamos para la subvención.
 Estamos en la lista de espera.

Si **no**, ¿ha sido inscrito en un programa de pre-kinder en algún otro tiempo? Sí No

¿Cuándo asistió este niño? _____

¿Quién atiende a este niño, en este momento, durante el día? _____

Favor de leer cada frase y escribir sus iniciales en cada casilla después de leer.

	Certifico que toda la información es verdadera y correcta y que note bien los ingresos. Dar información incorrecta a propósito puede afectar la elegibilidad de este niño participar en el programa.
	Yo entiendo que tengo la responsabilidad informar a la escuela si cambia información. (núm. tel., domicilio, trabajo, ingreso, etc.)
	Doy permiso usar la información en esta aplicación al personal necesario para escoger participantes del programa, incluso a los miembros del grupo que hacen la selección, los maestros, DCD/EE, u otros.
	Entiendo que este formulario es una aplicación para que sea considerado mi hijo en el proceso de selección para el programa Pre-kinder del sistema de escuelas de Granville County. Se escogen los niños según reglas y política estatales y federales. Es posible que hará una lista de espera para el programa.
	Yo entiendo que la participación de padres y familia es un componente muy importante. Si se escoge mi hijo, prometemos participar según el programa pre-kindergarten.

SE REQUIERE FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIAN

Firma de padre/ guardián	Fecha
-----------------------------	-------

Debido al espacio limitado en el Pre-K, su hijo puede ir a una escuela si hay un espacio en otra escuela que no está en su zona de asistencia. **No somos capaces de ofrecer transporte en autobús en estas situaciones.**

¿Usted será capaz de transportar a su hijo a la escuela si hay un espacio en otra escuela que no está en su zona de asistencia?

Sí No

Por favor, priorice todas las escuelas que consideraría para su hijo colocando un número 1 para la primera opción, 2 para la segunda opción, etc.

Escuelas en el norte del Condado de Granville

Stovall-Shaw
Primaria

West Oxford
Primaria

Escuelas en el sur del Condado de Granville

Butner-Stem
Primaria

Creedmoor
Primaria

Mt. Energy
Primaria

Tar River
Primaria

For Office Use Only:

GCPS representative signature
to verify application complete

Birth Certificate on file
 Yes No

Residence on file
 Yes No

Income on file
 Yes No

ESCUELAS DEL CONDADO DE GRANVILLE
PRUEBA DE RESIDENCIA
AÑO ESCOLAR: _____

Apellido(s) del estudiante (Primer nombre) (Segundo nombre)

<u>NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES</u>			<u>NOMBRE DE DUEÑO, O QUE RENTA LA CASA</u>		
Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre
Domicilio			Domicilio		
Ciudad y Estado			Ciudad y Estado		

¿En que distrito escolar se encuentra localizada su domicilio actual? _____

Prueba de residencia para verificar el domicilio de padre(s) o del tutor legal asignado por corte debe ser presentado. La documentación debe incluir el nombre y el domicilio actual del padre/guardian notado arriba.

SE REQUIERE proveer uno de las opciones siguientes:

- _____ Factura original del gas, del aceite, del agua o de la luz con el nombre del o de los padre(s) del estudiante o del tutor legal asignado y que sea corriente (entre los 60 días anteriores)
- _____ Contrato oficial de la rent firmado por los padres o por el tutor legal asignado y el dueño de la propiedad.

NOTA: Que sea presentes el padre y la persona, la que prove prueba de residencia

Prueba de residencia del o de los individual(es), con quien vive el padre/los padres del niño

- _____ Factura original del gas, agua o la luz – corriente (de los 60 días anteriores)
- _____ Contrato oficial de la renta firmado por la persona que renta y/o el dueño de la propiedad.

TAMBIEN, dos de las opciones siguientes, los que verifican el nombre del padre/guardian y el domicilio notado arriba.

- _____ Licencia de conducir
- _____ Tarjeta de identificación del estado (del Departamento de vehículos de motor)
- _____ Registración de carro
- _____ Carta con papel embreado de la compañía con la que trabaja verificando el domicilio del padre del estudiante o del tutor legal asignado.
- _____ Tarjeta de Medicaid, incluyendo el nombre del estudiante, padre(s) o tutor legal.

Firma del padre o del tutor legal asignado

Fecha

Yo, _____, verifico que toda la información ofrecida es cierta.

Se requiere también la firma de la persona que posee, paga o que renta la casa o apartamento.

Yo, _____, verifico que toda la información ofrecida es cierta.

<u>OFFICE USE ONLY</u>	
Action Taken: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	School _____ Grade _____
Signature of Superintendent/Designee	Date



Granville County Public Schools

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PARA PRE-K



**** Se requiere tener en cuenta la información de ingresos completa para las aulas NCPREK.****

Nombre completo del niño:
(como escrito en el acta de nacimiento)

Fecha de nacimiento:

MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN

PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN

Nombre:

Nombre:

¿Vive con el niño? Sí No

¿Vive con el niño? Sí No

Si no, no se requiere comprobante de ingresos.

Si no, no se requiere comprobante de ingresos.

¿Empleo? Sí No

¿Empleo? Sí No

¿Sí? tiempo completo tiempo "part-time"
¿No? Por favor marque abajo...

¿Sí? tiempo completo tiempo "part-time"
¿No? Por favor marque abajo...

Busca de un trabajo En la escuela secundaria En la universidad Formación para el trabajo Otro

Busca de un trabajo En la escuela secundaria En la universidad Formación para el trabajo Otro

Lugar de trabajo:

¿Es un miembro activo de los militares?
 Sí No

Lugar de trabajo:

¿Es un miembro activo de los militares?
 Sí No

¿Otras fuentes de ingresos?

Desempleo Invalidez Compensación al trabajador
 Sustento de Menores Jubilación SSI del niño

No tengo fuente de ingresos. Sí No

Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:

¿Otras fuentes de ingresos?

Desempleo Invalidez Compensación al trabajador
 Sustento de Menores Jubilación SSI del niño

No tengo fuente de ingresos. Sí No

Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:

¿Se adjunta prueba de todos los ingresos?

Sí No

¿Se adjunta prueba de todos los ingresos?

Sí No

~~~ NOTA ~~~

La prueba de ingresos puede incluir lo siguiente: recibos de pago (al menos 1 mes); registros de impuestos (W-2, declaraciones de impuestos que enumeran los ingresos brutos ajustados, 1099); cartas de adjudicación de la Administración de la Seguridad Social y la Comisión de Seguridad del Empleo; declaraciones escritas del empleador firmadas por el empleador; o declaración firmada a continuación cuando no hay ingresos familiares.

Certifico que toda la información mencionada anteriormente es verdadera.

Firma de padre/ guardián _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY:

MOTHER/STEPMOTHER/GUARDIAN

FATHER/STEPFATHER/GUARDIAN

Gross Pay per attached	Weekly (X52) Biweekly (X26) Twice Monthly (X24) Monthly (X12)	Annual Gross Pay
\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____
TOTAL		\$ _____

Gross Pay per attached	Weekly (X52) Biweekly (X26) Twice Monthly (X24) Monthly (X12)	Annual Gross Pay
\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____
TOTAL		\$ _____

CHILD'S SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

ANNUAL INCOME FOR FAMILY

FAMILY SIZE

\$ _____ W B T M \$ _____