

SOLICITUD PREESCOLAR RESPONSABILIDADES FAMILIARES

Lea atentamente y ponga sus iniciales en cada casilla.

Iniciales

1. Entiendo que estoy completando esta solicitud para determinar la elegibilidad para una posible colocación en Condado de New Hanover Programas de Primera Infancia.	
2. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la colocación. La colocación está sujeta a la elegibilidad del programa, la necesidad y la disponibilidad de cada niño(s) y/o familia. Si no hay espacio disponible inmediatamente para la colocación, se le colocará en una lista de espera.	
3. Autorizo al Condado de New Hanover Programa de Primera Infancia a utilizar la información contenida en esta solicitud con el fin de determinar la elegibilidad, la recopilación de datos y la evaluación del programa para los siguientes programas financiados por el estado y/o el gobierno federal: Head Start, NC Pre Kindergarten, y Gobierno Local. Entiendo que el intercambio de información sobre mi hijo y mi familia se mantendrá confidencial.	
4. Si en algún momento la información proporcionada en la solicitud cambia, tendré que notificarlo a las Escuelas del condado de New Hanover dentro de los cinco días siguientes al cambio. La información actualizada incluye, entre otros, cambios de dirección, número de teléfono, inscripción o cambios en el cuidado infantil e información médica/de salud conductual.	
5. Entiendo que como parte del proceso de solicitud completaré el examen educativo requerido.	
6. Entiendo que si mi hijo está inscrito, se requiere la participación de la familia. Mi familia cooperará para presentar la documentación necesaria y participará en visitas domiciliarias, conferencias y oportunidades de participación familiar para cumplir con los requisitos del programa. (La cantidad de visitas domiciliarias y conferencias varía según la fuente de financiamiento).	
7. Entiendo que puedo ser contactado por Escuelas del condado de New Hanover si se necesita información adicional. Debido a los requisitos de elegibilidad de cada fuente de financiamiento, la documentación requerida variará según las necesidades de cada familia.	
8. Entiendo que si soy seleccionado para participar en los Programas de Primera Infancia de las Escuelas del Condado de New Hanover, se pueden realizar los siguientes exámenes: examen de la vista, examen de la audición, examen del desarrollo, observación informal del habla, examen dental, evaluación del crecimiento, salud mental y bienestar social y emocional. -Ser y observaciones en el aula. Exámenes/re-evaluaciones según la fuente de financiación. ·El formulario de Evaluación de Salud, el formulario de Verificación Dental y las vacunas actualizadas son necesarios para que mi hijo asista a la escuela. <u>Doy permiso a las Escuelas del Condado de New Hanover para que mi hijo participe en las evaluaciones y/o repita el proceso de evaluación.</u>	

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Por favor lea cuidadosamente: Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que la información proporcionada se utiliza para documentar la elegibilidad del programa. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. Si alguna parte es falsa, mi participación en este programa puede cancelarse y puedo estar sujeto a acciones legales. Si en algún momento la situación de mi familia o mi hijo cambia, entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi solicitud.

Nombre del solicitante: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardián : _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

