

## VCS Title I and NC Preescolar (Pre-K) Aplicación para el año escolar 2024-2025

Para el 31 de agosto de 2024 o antes, su hijo debe tener 4 años

Si está interesado en aplicar, llene esta solicitud y regrésela con la documentación solicitada a una de las escuelas primarias o a la Oficina central, ubicada en 1724 Graham Ave. Henderson NC 27536. Completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa de Preescolar.

Ninguna solicitud se considerará completa hasta que se haya recibido la siguiente información.

- Solicitud completa, Prueba de nacimiento (certificado de nacimiento, registros médicos o registros de vacunación) ○ Comprobante de ingresos (W-2, manutención infantil, seguro social, jubilación, discapacidad, beneficios de desempleo, compensación de trabajadores,
- Auxilio público/Beneficios de trabajo primero (Work First), pago militar o 2 certificados recientes de pagos consecutivos ○ Cada padre o tutor que no esté empleado o no tenga una fuente regular de ingresos deberá completar una declaración sobre la falta de ingresos y enumerar la fuente de apoyo para la familia
- Prueba de residencia (factura actual de servicios públicos o contrato de alquiler)

Una vez el/la niño(a) es aceptado(a) en el programa, se deberá presentar lo siguiente:

- Registro de vacunas del niño
- Plan de educación individualizado (IEP) si aplica.
- Evaluación de salud que incluye atención dental, de la vista y auditiva completada por un médico dentro de los 30 días posteriores a la inscripción
- Prueba de Medicaid (solamente en sedes de Head Start) si aplica.

**Por favor escribe en letra legible and complete todos los espacios.**

Apellido(s) del niño(a):			Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de nacimiento:	¿Nació en U.S.A.?	Sexo: M F	Número de Seguro social del niño(a):		Raza del niño(a): Blanco Negro  Hispano asiático indio	
¿Con quién vive el niño(a)?			Parentesco:			
Dirección:			¿Por cuánto tiempo has vivido en esta dirección?			
Ciudad:		Estado:	Código Zip:		País de residencia:	
Teléfono: Casa  Trabajo  Celular			Teléfono alternativo: <b>Nombre y parentesco:</b> Casa Trabajo  Celular			
El/la niño(a) actualmente está en alguna guardería/day care / Head Start o en algún otro programa de Preescolar? No Yes Nombre:			El/la niño(a) ha estado previamente en alguna guardería/ day care / Head Start o en algún otro programa de Preescolar? No Yes Nombre:			
¿El/la niño(a) ha tenido un diagnóstico de necesidades educativas especiales? (Ejemplo.: CDSA) Si No			¿El/la niño tiene un plan de educación individual (IEP) a través de programas para estudiantes excepcionales? El/la niño recibe: <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/ física <input type="checkbox"/> Otro _____			

Estado de Salud (Seleccione una opción)	El/la niño(a) no tiene problemas de salud.	El/la niño(a) ha visto o se encuentra viendo un pediatra por problemas de salud crónicos.	Se le ha identificado una enfermedad mental/física, o es una persona vulnerable.
--	--	---	--

¿El/la niño(a) habla otro idioma diferente al inglés?  Sí  No

¿Si la respuesta en Sí, que idioma usa el/la niño(a) en casa? \_\_\_\_\_

El/la niño(a) necesita un test de Preescolar en: \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español (Por favor seleccione **solo** una opción)

### INFORMACION FAMILIAR

¿Con quién vive el niño(a)?

Madre y padre  Solo con el Padre  Padre adoptivo \_\_\_\_\_  Solo con la Madre  Abuelo(s)  Tutor legal \_\_\_\_\_ ¿Actualmente su familia cuenta con una vivienda estable?  Sí  No ( Por favor explicar)

\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/madrastra/ tutora \_\_\_\_\_ Vive con el/la niño(a)? SI NO

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de la madre: \_\_\_\_\_ Numero

# \_\_\_\_\_  Empleada  Buscando trabajo  Desempleado  En educación postsecundaria

En secundaria (High School) o en un programa GED  En capacitación laboral

Ingreso bruto de la madre (sin impuestos): Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_ Anual: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/padrastro/Tutor \_\_\_\_\_ Vive con el/la niño(a)? SI NO

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del padre: \_\_\_\_\_ Numero # \_\_\_\_\_

Empleada  Buscando trabajo  Desempleado  En educación postsecundaria

En secundaria (High School) o en un programa GED  En capacitación laboral

Ingreso bruto del padre (sin impuestos): Semanal: \_\_\_\_\_ Quincenal: \_\_\_\_\_ Mensual: \_\_\_\_\_ Anual: \_\_\_\_\_

¿Cuántos miembros tiene la familia del niño(a)? \_\_\_\_\_ número total de los miembros (incluyendo el/la niño(a) en la cuenta)

Por favor enumere los miembros que viven con el/la niño(a).

Nombre del miembro	Parentesco con el/la niño(a)	Fecha de nacimiento	Edad


¿Alguno de los padres o tutores del niño(a) es militar activo?  SI  No

¿Si la respuesta es sí, el padre se ha trasladado?  SI  No El padre seta programado para trasladarse?  SI  No ¿El padre o tutor legal del niño(a) ha sido herido seriamente o ha muerto mientras prestaba servicio?  SI  No

\*\*Certifico que la información proporcionada es verdadera. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo puede darse por terminada.

Firma del Padre/Tuto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

-----  
 - (Solo de uso oficial /Office Use Only)

Eligibility (Title 1 \_\_\_\_\_ NC Pre-K \_\_\_\_\_) Eligibility Confirmed By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Assessment Score \_\_\_\_\_  
 Health Assessment Date \_\_\_\_\_ Screening date \_\_\_\_\_ Income Received: Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_

School Assigned \_\_\_\_\_ Teacher Assigned \_\_\_\_\_