

VCS Title I and NC Preescolar (Pre-K) Aplicación para el año escolar 2026-2027

Para el 31 de agosto de 2026 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 y completa 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: Nombre y parentesco: 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: ☐ Terapia de lenguaje ☐ Terapia ocupacional/ física ☐ 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)?

0 Madre y padre 0 Solo con el Padre 0 Padre adoptivo _____ 0 Solo con la Madre 0 Abuelo(s) 0 Tutor legal _____ ¿Actualmente su familia cuenta con una vivienda estable? ☐ SI ☐ 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 _____