

____ Tarjeta de seguro Social

____ Cartilla de vacunación

____ Prueba de residencia

____ Comprobante de ingresos mensuales

____ Número de teléfono

____ # En el hogar

____ Dirección 911

____ Dirección de envío

____ Solicitud de almuerzo gratis



____ Fecha de evaluación

____ Fecha de evaluación de salud

Prejardín de infantes de Carolina del Norte SOLICITUD para los condados de Halifax y Warren

2024-2025

Complete todas las preguntas y firme donde se indica. Es posible que se requiera verificación para algunas preguntas. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad de su hijo para uno o más programas. Se necesitará información adicional para inscribir a su hijo una vez aceptado en el programa. La solicitud NO se procesará sin la **información y los documentos requeridos.**

§ Indica que se requiere documentación con la solicitud completa. El niño debe tener 4 años antes del 31 de agosto de 2024.

Nombre completo del niño _____ § Fecha de nacimiento _____
 Primero Medio Último Mes Día Año

Por favor marque uno: ____ chico ____ chica Por favor marque uno: ____ Origen hispano/latino ____ No hispano/latino

Por favor marque al menos uno:

- ☐ Blanco / Europeo americano
- ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- ☐ Nativo americano / de Alaska
- ☐ Negro / Afroamericano
- ☐ Asiático

¿Es el niño ciudadano estadounidense? Sí ☐

No ☐ (la ciudadanía no es un requisito)

¿Es el padre/tutor un miembro en servicio activo de el ejército o era padre/tutor seriamente

¿Lesionado/muerto mientras estaba en servicio activo? Sí ☐ No ☐

Nombre de la Madre/Madrastra/Tutor: _____

Relacion hacia el niño: _____

Nombre del padre/padrastro/tutor: _____

Relacion hacia el niño: _____

§ Se requiere documentación del estatus de tutor legal/padre de crianza

Dirección física del niño: § Debe _____

proporcionar documentación de residencia en el Distrito Escolar: licencia de conducir, factura de servicios públicos, extracto bancario, evaluación de impuestos, etc.

Dirección postal de los padres (si es diferente): _____

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

Números de teléfono (indicar quién): _____
 Tiempo de día Noche Teléfono móvil Otro teléfono

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué idioma utiliza su hijo con más frecuencia para comunicarse? _____

¿Qué idioma usa USTED con más frecuencia para hablar con su hijo? _____

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____

El niño tiene: ☐ Medicaid ☐ Seguro privado/HMO ☐ Sin seguro ☐ otro: _____

¿Se le ha diagnosticado al niño una necesidad especial? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, describa: _____

En caso afirmativo, ¿quién diagnosticó la necesidad especial? _____

¿Tiene el niño un IEP activo? Sí ☐ No ☐ ¿Se ha remitido al niño a servicios para esta necesidad? Sí ☐ No ☐

¿El niño recibe actualmente servicios relacionados con esta necesidad? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, ¿de dónde? _____

§ Documentación de diagnóstico / IEP / IFSP / CDSA Evaluación requerida. Documentación del médico sobre una condición de salud crónica y cómo puede impedir el aprendizaje. y también se requiere desarrollo.

¿Tiene el niño algún problema de salud crónico? Sí ☐ No ☐ en caso afirmativo, describa: _____

Indique a continuación los adultos y niños que viven en el hogar principal para niños (no incluya el niño que presenta la solicitud):

<u>Nombres de adultos en el hogar</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación con el niño que solicita</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<u>nombres de niños</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación con el niño que solicita</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSCRIPCIÓN ACTUAL: ¿Está el niño actualmente inscrito en un centro o hogar de cuidado infantil con licencia, preescolar, Head Start o servicio público?

¿Programa escolar? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cómo se llama el centro o colegio y en qué localidad está ubicado? _____

¿Cuánto tiempo lleva matriculado el niño? _____

¿Es el niño elegible para recibir cuidado infantil subsidiado a través del DSS? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿recibe actualmente subsidio infantil subsidiado?

atención a través del DSS? Sí ☐ No ☐ Si "no", motivo: _____

INSCRIPCIÓN ANTERIOR: Si el niño no está inscrito actualmente, ¿alguna vez ha estado inscrito en un centro o hogar de cuidado infantil, preescolar, Head Start, Smart Start, Pre-K o programa de escuela pública? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, nombre del centro o escuela y en

en qué ciudad se encuentra: _____

¿Cuándo se inscribió al niño? De: _____ Hasta: _____

NO DEJE ESTA SECCIÓN EN BLANCO: Complete los espacios en blanco correspondientes para los padres/tutores que viven con el niño en SU RESIDENCIA PRINCIPAL. Las fuentes de financiamiento requieren esta información para determinar la elegibilidad. Debe proporcionar documentación de ingresos.

Por ejemplo: formulario W2, 1040, recibo de sueldo, manutención infantil, SSI, desempleo, cuidado de crianza, carta que muestre el primer monto del trabajo, etc. (Sin extractos bancarios).

Pago Semanal: Se requieren 4 recibos de pago consecutivos. **Pago quincenal:** Se requieren 2 recibos de sueldo consecutivos. **Pago dos veces al mes:** se requieren 2 recibos de sueldo consecutivos. **Pago mensual:** Se requieren 2 recibos de sueldo del mes completo.

El ingreso bruto regular puede incluir ingresos obtenidos a través de comisiones de ventas promediadas durante varios meses, empleo regular a través de una agencia de empleo temporal, manutención infantil, pagos de pensión alimenticia y compensación laboral. No incluya SSI para padres, padrastros o hijos, asistencia para adopción, pagos por cuidado de crianza u otros ingresos irregulares como horas extras, pago por desempleo temporal, Work First, cupones para alimentos o préstamos estudiantiles.

¿La madre/madrastra del niño vive con el niño en la RESIDENCIA PRINCIPAL del niño? Sí o No (marque uno)

¿Empleado?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Buscando trabajo?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la educación postsecundaria?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la escuela secundaria o en un programa de GED?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En formación laboral?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Otro?

Sí ☐ No ☐

Explicar:

Ingreso bruto mensual regular de la madre/madrastra: \$ _____ Por favor incluya prueba de todos los ingresos.

Tipo de ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia se recibe: (anual, mensual, bimensual, Quincenal o semanal)
Salarios actuales antes de impuestos		
Pensión alimenticia		
Manutención de los hijos		
Compensación de trabajadores		
Desempleo		
SSI/TANF/Trabajo\$ Primero		
Con el tiempo		

¿El padre/padrastro del niño vive con el niño en la RESIDENCIA PRINCIPAL del niño? Sí o No (marque uno)

¿Empleado?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Buscando trabajo?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la educación postsecundaria?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la escuela secundaria o en un programa de GED?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En formación laboral?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Otro?

Sí ☐ No ☐

Explicar:

Ingreso mensual bruto regular del padre/padrastro: \$ _____ Por favor incluya prueba de todos los ingresos.

Tipo de ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia se recibe: (anual, mensual, bimensual, Quincenal o semanal)
Salarios actuales antes de impuestos		
Pensión alimenticia		
Manutención de los hijos		
Compensación de trabajadores		
Desempleo		
SSI/TANF/Trabajo\$ Primero		
Con el tiempo		

¿Es el tutor/tutor legal (que no sea la madre/el padre o los padrastros) quien vive con el niño en la RESIDENCIA PRINCIPAL del niño? Sí o No (Un círculo)

¿Empleado?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Buscando trabajo?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la educación postsecundaria?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En la escuela secundaria o en un programa de GED?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿En formación laboral?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde?

¿Otro?

Sí ☐ No ☐

Explicar:

Ingreso mensual bruto regular del tutor/custodio legal: \$ Tipo de ingreso _____ Por favor incluya prueba de todos los ingresos.

Tipo de ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia se recibe: (anual, mensual, bimensual, Quincenal o semanal)
Salarios actuales antes de impuestos		
Pensión alimenticia		
Manutención de los hijos		
Compensación de trabajadores		
Desempleo		
SSI/TANF/Trabajo\$ Primero		
Con el tiempo		

Si el niño vive con un custodio u otro cuidador (no con los padres ni con el tutor legal), indique los ingresos del niño, incluidos los ingresos del Seguro Social y los pagos de manutención infantil. No cuente el Ingreso de Seguridad Suplementario. También cuente los ingresos de cualquier hermano menor que viva en el hogar. INGRESOS MENSUALES DEL NIÑO: \$ _____ (el niño reside con el custodio).

¿Necesitará el niño transporte a Pre-K? Sí ☐ No ☐ ¿ En qué zona escolar vive? _____

Lugar de recogida: _____ Direcciones para llegar a casa: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre _____ Número de teléfono _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Cremallera _____

Nombre _____ Número de teléfono _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Cremallera _____

LIBERAR AL NIÑO A

1. Nombre _____ 3. Nombre _____

2. Nombre _____ 4. Nombre _____

CERTIFICACIÓN: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se reportan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de fondos estatales; que las Escuelas del Condado de Halifax, las Escuelas del Condado de Warren, el Pre-Kindergarten de Carolina del Norte o los funcionarios del Título I pueden verificar la información en la solicitud; y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial según las leyes estatales aplicables.

La información de este formulario se puede utilizar únicamente para determinar la elegibilidad para el programa NC Pre-K o Título I Pre-K. Entiendo que divulgaré información que demostrará que estoy solicitando que mi hijo de 4 años sea considerado para el programa NC Pre-K o Título I Pre-K.

Los funcionarios pueden verificar toda la información en este formulario. Renuncio a mis derechos de confidencialidad únicamente para estos fines. Autorizo esa información El contenido de esta solicitud y su documentación de respaldo pueden compartirse con otros administradores de preescolar de Carolina del Norte si solicito que mi hijo sea transferido a un programa de preescolar de Carolina del Norte en otro condado. Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en uno de los programas anteriores, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo. Yo/nosotros nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios de los programas anteriores. Certifico que soy el padre/tutor del niño para quien se realiza esta solicitud.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre en letra de molde y relación con el niño que presenta la solicitud.

*** NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES A MENOS QUE CADA SECCIÓN SEA COMPLETO Y ESTA FIRMADO Y FECHADO.**





Prejardín de infantes de Carolina del Norte
SOLICITUD para los condados de Halifax y Warren

LISTA DE VERIFICACIÓN

2024-2025

- ☐ Cada pregunta en esta solicitud está completa y firmada por el padre/tutor/tutor.
- ☐ Documentación judicial de tutela legal/custodio/cuidado de crianza.
- ☐ El certificado de nacimiento DEL NIÑO SOLICITANTE se adjunta a esta solicitud.
- ☐ Si el niño tiene una enfermedad crónica, se adjunta documentación del médico que incluye la enfermedad crónica, diagnóstico y cómo puede impedir el aprendizaje y/o desarrollo del niño.
- ☐ Se adjunta a esta solicitud una copia de los exámenes/evaluaciones educativas/de desarrollo actuales que indiquen la necesidad educativa o de desarrollo.
- ☐ Se adjunta una copia del Programa de Educación Individualizada (IEP) del niño de una escuela pública a esta aplicación.
- ☐ Se adjunta documentación de ingresos completa a esta solicitud para CADA padre/padrastro/tutor/tutor que esté en el hogar con este niño que solicita.

Marque todo lo que corresponda:

Pago semanal: Se adjuntan 4 recibos de sueldo consecutivos.

Pago quincenal: Se adjuntan 2 recibos de nómina consecutivos.

Pago doble mensual: Se adjuntan 2 recibos de nómina consecutivos.

Pago mensual: Se adjuntan recibos de sueldo de 2 meses completos consecutivos.

Para no ingresos se adjunta declaración de ingresos cero.

Por la presente certifico que he completado esta lista de verificación y que esta solicitud está completa.

Nombre impreso de la persona que acepta esta solicitud completa: _____

Firma de la persona que acepta esta solicitud completa: _____

Fecha: _____