



**Solicitud para el Programa NC Pre-K del Condado de Harnett  
2018-2019**

Por favor escriba claramente

INFORMACIÓN DEL NIÑO		
<b>Nombre Completo del Niño:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Dirección postal (si es diferente de la anterior):</b>		
<b>Números de teléfono:</b>	Teléfono de la casa: _____	
	Teléfono celular: _____	
	Teléfono alternativo: _____	
	Teléfono de contacto de emergencia: _____ (Por favor, escriba al menos un número de contacto de emergencia de una persona que pueda recoger a su niño en caso de que Ud. no pueda o en caso de que haya cualquier otra emergencia.)	
	<b>Email</b> _____	
<b>Condado donde reside:</b>		
<b>Género del niño:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Fecha de Nacimiento del niño:</b>	Mes: _____ Día: _____ Año: _____	
<b>Etnicidad del Niño:</b>	Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
	No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>
<b>Raza del niño: (Marque todo lo que corresponda)</b>	Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
	Asiático	<input type="checkbox"/>
	Negro o afro-americano	<input type="checkbox"/>
	Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/>
	Blanco	<input type="checkbox"/>
<b>¿Es este niño un ciudadano estadounidense?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Es este niño residente de Carolina del Norte?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Es miembro activo de las fuerzas armadas uno de los padres o tutores legales de este niño, o fue gravemente herido o murió en servicio activo un padre o tutor legal de este niño?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

### El niño vive con:

Ambos Padres  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**Número de personas en la familia:** \_\_\_\_\_

### **Liste los nombres y edades de todas las personas que viven en el hogar (Incluya padres o tutores y los niños):**

Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad

**\*Por favor complete la parte de ingresos de la solicitud en su totalidad. Por favor marque las casillas correspondientes que identifiquen correctamente las circunstancias de su familia.**

### **Ingresos de la madre:**

¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación actual de ingresos?

- Empleada  Escuela Secundaria / GED  Programa De Educación Post-Secundaria  
 Buscando Empleo / Desempleada  Formación laboral  Otro \_\_\_\_\_

Ingresos Regulares: (Adjunte 2 recibos de pago)	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	----	--

### **Ingresos del padre:**

¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación actual de ingresos?

- Empleado  En la Escuela Secundaria / GED  Programa De Educación Post-Secundaria  
 Buscando Empleo / Desempleado  Entrenamiento en trabajo  Otro \_\_\_\_\_

Ingresos Regulares: (Adjunte 2 talones de cheques)	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
---	----	--

**\*En caso de que ambos padres/tutores legales estén desempleados, por favor entregue una carta notarial indicando que no hay ingresos comprobables. Por favor, adjunte la prueba de los servicios recibidos. Por ejemplo: seguro social o médico, cupones de alimentos (Food Stamps, SNAP), alojamiento, etc.)**

¿Recibe usted pago de manutención infantil o el Subsidio Conyugal (Pensión Alimenticia)?  Sí  No

Si contesta sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  Semanal  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
(Por favor, adjunte la documentación)

### **¿Se habla inglés en el hogar?**

No inglés  Algo de inglés  Inglés fluido

**¿Qué otra lengua se habla en el hogar, si hay uno?** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN

¿Está su niño actualmente inscrito en un programa preescolar o guardería?  Sí  No

Si contestó sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Si no, ¿ha sido una vez inscrito en un programa de cuidado de niños?  Sí  No

Si contestó sí, ¿dónde asistió su niño? \_\_\_\_\_

Por favor, escriba las fechas aproximadas de asistencia. \_\_\_\_\_

¿A qué escuela primaria está previsto asistir a Kindergarten en agosto de 2019? (Se usa esta información para poder asignar el lugar más conveniente.)

\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE AYUDA PÚBLICA

¿Está su hijo en la lista de espera para recibir subsidio en el Departamento de Servicios Sociales?  Sí  No

¿Recibe su niño actualmente un cupón de DSS para el cuidado infantil?  Sí  No

## INFORMACIÓN DE LA SALUD

¿Ha recibido su hijo un examen o evaluación de desarrollo?  Sí  No

¿Tiene su hijo necesidades especiales o discapacidades de desarrollo?  Sí  No

Si contestó sí, escríbalas por favor. \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño Plan de Educación Individual activo (IEP)?  Sí  No

Si contesto sí. Por favor adjunte una copia.

¿Ha tenido su hijo una evaluación de salud en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si contestó sí, por favor entregue una copia.

¿Tiene su hijo problemas de salud crónicos como el asma, la diabetes, la anemia de células, etc.?  Sí  No

Si contestó sí, por favor enumérelas. \_\_\_\_\_

## Petición de sitio preferido

Por favor, indique el lugar del programa NC-PreK que Ud. prefiere:

Lugar específico: \_\_\_\_\_ (Por favor, indique el nombre del lugar)

Escriba la razón específica por la cual Ud. prefiere este lugar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tiene Ud. una segunda preferencia, indíquelo: \_\_\_\_\_

*HCPC intenta colocar a los niños según la preferencia de los padres, pero no se puede garantizar que se asignarán a todos los niños a su lugar preferido. Hacemos todo lo posible para acomodar las necesidades de las familias; sin embargo, debido al espacio limitado, algunos niños no van a poder asistir al lugar de su preferencia.*

**Por favor lea con cuidado, ponga sus iniciales en cada línea, escriba y firme su nombre completo abajo, y ponga la fecha:**

\_\_\_\_\_ Certifico que toda la información dada es verdad y correcta y que todos los ingresos son reportados. Comprendo que esta información es dada para recibir fondos del estado. Los funcionarios de NC Pre-K pueden verificar la información en esta aplicación. Si deliberadamente doy información incorrecta estoy sujeto a acción judicial bajo las leyes aplicables del estado.

\_\_\_\_\_ La información en esta solicitud será utilizada en la determinación de elegibilidad para el programa de NC Pre-K. Comprendo que doy esta información para que mi niño pueda ser considerado para el programa NC Pre-K.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puede haber una lista de espera para el programa de NC Pre-K.

\_\_\_\_\_ Comprendo que si mi niño es seleccionado para participar en el programa NC Pre-K, la participación familiar será crítica para el éxito de mi niño. Yo/nosotros nos comprometemos a participar como requieren los centros de NC Pre-K.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el transporte (ida y vuelta) a NC Pre-K es la responsabilidad de la familia.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi niño reciba pruebas de desarrollo, del oído, de la visión, dental y/o la terapia de habla e idioma mientras asiste al programa de NC-PreK.

\_\_\_\_\_ Autorizo a los maestros de NC Pre-K, los administradores y el personal de HCPC a discutir cualquier preocupación en el desarrollo de mi niño con las agencias locales que administran los exámenes de detección con el propósito de cumplir con los requisitos del programa y atender a las necesidades educativas del niño.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si hay algún cambio en el estatus de mi hijo, la dirección, la asistencia en cualquier tipo de cuidado con licencia, números de teléfono, tutela, etc. voy a ponerme en contacto inmediatamente con el programa de NC Pre-K al (910) 893-2344 para informarles de los cambios.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el programa de NC Pre-K tiene una política de asistencia establecida. También entiendo que si no cumpla con la política de asistencia, mi hijo puede ser expulsado del programa. Reconozco que es mi responsabilidad mantener una comunicación adecuada con el maestro de mi niño en cuanto a la participación en el programa.

\_\_\_\_\_ Comprendo que mi niño puede ser fotografiado y los imágenes pueden ser utilizados en las siguientes maneras – presentación en el centro, álbum de fotos del centro, periódicos, programas de televisión, relaciones públicas relacionadas con NC Pre-K/HCPC/ sitios web de NC Pre-K en internet, etc.

**\*SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN \***

Nombre del Padre /Madre/Guardián/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_