

La Solicitud Para El Programa de A NC Pre-Kindergarten es Facil!

1. Llene la Solicitud

Las Solicitudes Para NC Pre-Kindergarten Deberán ser completadas! Con la siguiente documentación que será requerida antes de que la solicitud sea aceptada:

- _____ Acta De Nacimiento
- _____ Comprobante de Domicilio (recibo de luz, último contrato, recibo de estado de hipoteca).
- _____ Verificación de los ingresos (W2 o pagar talón del cheque)

Las solicitudes que pierdan cualquier tipo de información no será aceptada hasta haber recibido toda la información.

2. Regrese la Solicitud

Regresar las solicitudes completas para:

Rockingham County Partnership for Children
7572 NC HWY 87
P.O. Box 325, Wentworth NC 27375

336-342-9676 www.rockinghamkids.org

Horas de Servicio

El programa de A NC Pre-Kindergarten tienen el mismo horario que el de las escuelas publicas porfavor note que las horas de servicio seran diferentes . los ninos deberan ser llevados y recojidos todos los dias.

Guarderia de Cuidado

Algunos de los centros ofrecerán el servicio de cuidado antes y después cuando la clase no este en sesión. Este tipo de guardería no estarán disponibles en todos los centros y habrá un cargo por estos cuidados. Estos cobros o cargos serán determinados por el sitio y dependiendo de los arreglos de que los padres ahigan hecho con el director. Si usted tiene un niño por el cual esta recibiendo un cheque del departamento de servicios sociales para pagar su cuidado hable con el supervisor para que le extiendan el cheque para el cuidado del niño si a usted le dieron un cheque o lo pusieron en lista de espera para recibir este cheque para resivir estos servicios para los gastos de este servicio.

3. Espera

Después de que la solicitud de su hijo sea recibida, usted será notificado por correo. Si su hijo(a) es elegible para el programa de NC Pre-Kindergarten La elegibilidad no garantiza un espacio en el programa. Su paciencia es apreciada durante este proceso!

¿preguntas? Contact Adina Tompkins en 342-9676 o adinat@rockinghamkids.org

4. Si usted es elegible

Usted será informada por teléfono u correo si hay espacio disponible para su hijo(a). Las clases para los niños dentro de los salones de NC Pre-Kindergarten típicamente ocurre durante los meses de verano. De nuevo su paciencia será apreciada durante este proceso.

***Algunas veces los numeros de telefono y direcciones cambian duranre estos meses antes de que la escuela comienze. ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A NOSOTROS EL CAMBIO DE NUEMERO DE TELEFONO Y DOMICILIO!!! LLAME AL 342-9676 PARA REGISTRAR CUALQUIER CAMBIO.**

El calendario de las Maestras de A NC Pre-Kindergarten – los días festivos, los días de que caiga nieve y los días de trabajo para las maestras seguirán los mismos horarios que el de las Escuelas Publicas del Condado de Rockingham. El programa de A NC Pre-Kindergarten tiene un horario adicional para los días de trabajo para las maestras cuando los niños no van a la escuela el propósito de conducir las juntas de padres, visitas a las casas, y/o el desenvolvimiento de los empleados

**Todos los centros proveerán un calendario
Para los padres, con los días de la escuela cerrada
Y días festivos.**

Transporte- los padres son responsables de proveer el transporte para sus hijos no obstante, si necesitan transporte para que sus hijos atiendan a la escuela hable con la maestra o el consejo de padres.

Aplicación de NC Pre-Kindergarten 2013-2014

Nombre del Niño(a):		Fecha de Nacimiento: <i>Mes/Día/Año</i>	
Nombre de Madre/Tutor:		Distrito Escolar	
Nombre de Padre/Tutor:		Sexo del niño(a):	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
Niño(a) vive con:	___ madre ___ padre ___ abuelo ___ otro : _____		
Dirección del niño(a):	<i>calle:</i> _____ <i>ciudad, código postal:</i> _____		
Teléfono de Casa:	() () ()	Otro Teléfono: () () ()	
Correo Electrónico:			
¿Qué son los arreglos del cuidado de su niño(a) actualmente?	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (menos de 4 horas al día) Nombre del Proveedor: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro: _____	El niño(a) se queda con <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (mas de 4 horas al día) Nombre del Proveedor: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
¿Recibe subsidio para el costo del cuidado del niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro Por favor explique _____ Con respecto al subsidio, es usted: <input type="checkbox"/> Elegible sin recibir <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> En lista de espera	¿Si su niño(a) no está en un programa ahora, ha estado alguna vez inscrito en una guardería o preescolar? ___ No <input type="checkbox"/> Guardería medio tiempo (menos de 4 horas al día) <input type="checkbox"/> Guardería tiempo completo (más de 4 horas al día) <input type="checkbox"/> Preescolar o Head Start Si dice que sí, cuando asistió? _____ / _____ mes / año a _____ / _____ mes / año	¿Cuántas personas en la familia viven en la casa? Marque todos los que aplican.. <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Número de niños # _____ Total en la Familia: # _____	¿Qué categoría de ingresos identifica a su familia? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Buscando un empleo <input type="checkbox"/> En la Universidad <input type="checkbox"/> En la escuela secundaria ecundaria o GED formación <input type="checkbox"/> en capacitación laboral ¿Cual es la raza del niño(a)? Seleccione las que aplican <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro
¿Estado Civil?	¿Ha (nombre del niño/a) sido diagnosticado con alguna necesidad especial? <input type="checkbox"/> Sí Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> El niño recibe servicios por medio de Early Intervention Services. (IEP) <input type="checkbox"/> El niño recibió servicios por medio de intervención temprana para infantes (IFSP) <input type="checkbox"/> Sin necesidades especiales	¿Qué problemas de salud tiene (nombre del niño(a))? Marque todos los que aplican.. <input type="checkbox"/> Salud Frágil <input type="checkbox"/> Retraso en desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica (asma, alergias, diabetes, etc.) Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Conducta Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sin problemas de salud	
¿Cuántas horas a la semana trabaja usted? _____ o <input type="checkbox"/> desempleados ¿Y si aplica, cuántas horas a la semana trabaja su esposo(a)? _____ o <input type="checkbox"/> desempleados	Yo gano \$ _____ ANTES de impuestos <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes Mi esposo(a) gana \$ _____ ANTES de impuestos <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	Recibe: (si recibe, ¿cuanto por mes?) <input type="checkbox"/> Asistencia Pública \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI o Pensión \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión para el niño \$ _____ <input type="checkbox"/> Cualquier otro ingreso \$ _____	

Aplicación de *NC Pre-Kindergarten* (continuará)

Indicar a que tipo de población pertenece cada persona nombrada, si aplica. <i>Marque todos los que aplican</i>	Persona Principal que cuida los niños		Persona Secundaria que cuida los niños	
	<input type="checkbox"/> Migrante/Agrícola de temporada <input type="checkbox"/> Migrante/ Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No habla inglés <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo		<input type="checkbox"/> Migrante/Agrícola de temporada <input type="checkbox"/> Migrante/Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No habla inglés <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo	
	Persona Principal que cuida los niños	Persona Secundaria que cuida los niños	Niño(a)(4 años de edad)	
Cuál idioma(s) habla regularmente cada persona de la lista? <i>Marque todos los que aplican</i>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	
Existe algún problema o inquietud para (<i>nombre del niño(a)</i>) o cualquier otra persona de la familia?			Que servicios serán requeridos para (<i>nombre del niño(a)</i>)? <input type="checkbox"/> Cuidado antes de la escuela <input type="checkbox"/> Cuidado después de la escuela <input type="checkbox"/> Cuidado en días festivos <input type="checkbox"/> Cuidado en el verano <input type="checkbox"/> Ninguno	
Cómo se va a transportar al niño(a) hacia y desde la escuela?				

Por favor lea cuidadosamente, ponga su inicial en cada línea, firme y feche.

- ❖ _____ Yo certifico que la información anterior es correcta y que las fuentes de ingreso han sido reportadas. Entiendo que esta información es con el fin de recibir fondos estatales. Los oficiales de More at Four pueden verificar la información de esta aplicación. **Falsificación en cualquier parte de este formulario puede eliminar el espacio de su niño en el programa.**
- ❖ _____ La información en este formulario puede ser usado para determinar la elegibilidad para el programa de More at Four. Entiendo que estoy proporcionando información para que mi niño(a) sea considerado para el programa de More at Four administrado por Rockingham County Partnership for Children.
- ❖ _____ Yo entiendo que si mi niño(a) es seleccionado para participar en el programa de More at Four, la participación de la familia va a ser crítico para el éxito de mi niño. Yo/Nosotros nos comprometemos a participar como requiere el sitio de More at Four.
- ❖ _____ Yo entiendo que si mi niño(a) recibe el espacio en el programa de More at Four, me van a requerir proveer la tarjeta con las vacunas registradas y el reporte de la evaluación acerca de la salud del niño completado por un doctor. El reporte de evaluación de la salud del niño es un formulario verde del físico proporcionado por Rockingham County Partnership for Children.
- ❖ _____ Yo doy permiso para que mi niño(a) reciba evaluaciones auditivas, visuales, dentales y/o de habla/lenguaje mientras acuda al programa de More at Four.
- ❖ _____ Le doy a More at Four permiso para tomar fotos de mi niño(a) para propósitos publicitarios.

YO CERTIFICO QUE SOY EL PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO POR EL CUAL HA SIDO HECHA ESTA APLICACIÓN.

Persona (Cuidador) Principal (Requerida)

Fecha

Persona (Cuidador) Secundaria (si está disponible)

Fecha