



Wayne Co Partnership for Children
Start

(919)735-3371



WAGES Head

(919)734-1178

Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

Año Escolar que Solicita: _____ Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Matricula: _____

1 ^{er} Año
2 ^{do} Año

INFORMACION DEL NIÑO(A) y la FAMILIA

Nombre Legal del Niño(a): Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social del Niño(a):				Fecha de Nacimiento:	
Género del Niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Prefiere el Nombre:		
Nombre de Persona(s) Que viven con el Niño(a):				Parentesco con el Niño(a):	
Dirección:			Dirección Postal: (si diferente)		
Ciudad:		Estado:		Código de Area:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager () -		Teléfono Alternante: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager () -			
¿Es el niño(a) residente de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es el niño(a) residente de Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

INFORMACION MEDICA

Médico del Niño(a):		Teléfono Oficina:		Dirección:	
Dentista del Niño(a):		Teléfono Oficina:		Dirección:	
Hospital que prefiere:					
Favor de indicar cuál seguro recibe actualmente este niño(a)? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					
Si le aplica, favor de indicar el número del seguro :					
¿Cuál de los siguientes problemas ó preocupaciones de la Salud están relacionados con este niño(a)? <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Comportamiento <input type="checkbox"/> Débil Medicamento <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Problemas Crónicos de la Salud (tales como Asma, Diabetes, Artritis) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significativa de la salud					
Anote cualquier medicamento que el niño(a) actualmente está tomando:					

CONTACTOS DE EMERGENCIA/INFORMACION DE ENTREGA DEL NIÑO(A)

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona a quien se le pueda entregar este niño(a) (otro del padre/tutor):						
1	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
2	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
3	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
4	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
5	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
6	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
7	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	
8	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()		
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:	



Wayne Co Partnership for Children
Start

(919)735-3371



WAGES Head

(919)734-1178

En el caso de una emergencia, Yo le doy permiso al proveedor de asegurarle la atención médica de emergencia necesaria en el caso que no se puedan comunicar inmediatamente ni con el médico de la familia ni conmigo. Además, Yo entiendo que la atención médica de emergencia se puede obtener de las instalaciones más cercanas con sala de emergencia, sin tomar en cuenta la preferencia expresada del padre/tutor al proveedor.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Raza del niño(a): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro(favor indicar): _____	
Raza de los Padres: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar): _____	
Etnicidad del Niño(a): <input type="checkbox"/> Hispano o de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, u otra cultura u origen Hispano) <input type="checkbox"/> No-Hispano/No de Origen Latino	
Idioma Principal que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)	
Segundo Idioma que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)	
Habilidad? <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Lo domina	
Preferencia de comunicación por escrito de la familia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)	
Estado Paternal: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Adoptivos <input type="checkbox"/> Sin Padre <input type="checkbox"/> Otro	
Tamaño Total de la Familia? _____ Tamaño Total del Hogar (cuántas personas viven del ingreso declarado en ésta solicitud)? _____ <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Número de Niños _____ <input type="checkbox"/> Otros Adultos (edad 18+) ¿Cuántos? _____	
¿Recibe su familia ayuda de alguna de las siguientes ? <input type="checkbox"/> AFDC/TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos <input type="checkbox"/> Gratis/Rebajado precio de comidas escolares	

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL ADULTO

Nombre y Apellido Anote primero el Adulto Principal	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Sexo M F	Estado Civil	(D1) Nivel de Educación	(D2) Estado de Empleo	(D3) Notas Nombre del Patrón, Ó ocupación
			M F				
			M F				

Códigos de Estado Civil S - Soltero M - Casado D - Divorciado DS - Conyugue Desplegado Otro _____	D1 - Education Level G9 = Grado 9(o menos) GED AA = Grado Asociado G10 = Grado 10 COL = Poca Univ. BA = Post Grado G11= Grado 11 DRP = Sin Bachillerato MA = Masters STU = Cursando el Bachillerato HSG = Con Bachillerato	D2- Employment Status U= Desempleado T= Estudiando F= Tiempo Competo P= Medio Tiempo B= Estudia & Trabaja L=M-Tiempo y estudia M=Permiso Médico R=Retirado/Incapacitado S= Trabajo Temporal Otro _____
---	--	---

Si está empleado, desde cuándo esta la madre (o principal en el cuidado del niño(a)) trabajando en este empleo?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses más de 2 años

Si está empleado, desde cuándo esta el padre (o secundario en el cuidado del niño(a)) trabajando en este empleo?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses más de 2 años

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL NIÑO(A)

Primer nombre y apellido de los niños en el hogar.	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Sexo	(D1) Paren-tezco con	(D2) Cuál pa-entezco	(D3) Notas e.j., estado de participación en programa, otro programa, etc.
C01 -----solicitante al programa----- --	-----	-----	----			
C02			M F			
C03			M F			



Wayne Co Partnership for Children
Start

(919)735-3371

WAGES Head

(919)734-1178

C04			M F		
C05			M F		
C06			M F		
C07			M F		

(D1) Códigos del Parentezco A01 - Adulto Principal A02 – Adulto Secundario B12 – Ambos Adultos (incluye padrastrós)	(D2) Cuál Parentezco C = Hijo Natural F = Hijo Adoptado G = Nieto(a) N = Sobrino(a)	(D3) Código Estado de Participación A = Niño Solicitando Y = Muy Pequeño N = Prox año.solicita O = Muy Grande
---	--	--

INFORMACION ADICIONAL

Favor de indicar de cuáles de las siguientes agencias ha recibido este niño servicios:

- Ninguna Coordinación de Servicios de la Niñez
 Escuelas Públicas (Anote condado,estado _____) Agencia de Servicios del Desarrollo Infantil

(DEC)

- Salud Mental Intervención Temprana de la Niñez
 Otra? _____

INFORMACION DE NECESIDADES ESPECIALES

¿Tiene este niño(a) alguna incapacidad ó necesidad especial? Sospecha Sí No
 Si sí, cuál es el diagnóstico: _____ Comentarios: _____
 Tiene ya el niño(a) un IEP ó IFSP? Sí No Fecha de Plan: _____
 ¿Ha sido el niño derivado a servicios relacionados con incapacidad? Sí No
 Si Sí, está recibiendo servicios relacionados con incapacidad? Sí No (Si sí, tipo de servicio) _____
Opcional: ¿Alguna necesidad especifica o crisis familiar? Sí No (Si sí, explique:) _____

INFORMACION DE INSTALACION DE COLOCAMIENTO

¿Cuál es la instalación de su preferencia? (por favor numere sus primeras cuatro preferencias de principal a menor)

Instalaciones de Head Start: (Favor de tomaar nota el transporte y servicios de día extendido no son disponibles ni garantizados en todos los centros.)
 ____ Carver ____ Chestnut ____ Pikeville ____ Royall Avenue ____ Royall West

Instalaciones de More at Four: (Favor de tomar nota el transporte y servicios de día extendido no son disponibles ni garantizados en todo los centros)

____ Brodgen Primary School ____ Bright Beginnings Childcare/Preschool ____ Carver Elementary
 ____ Eastern Wayne Elementary School ____ Fremont Elementary School ____ Happy Days Childcare/Preschool
 (2)
 ____ North Drive Elementary School ____ Rhyme University ____ Rosewood Elementary School
 ____ Spring Creek Elementary School ____ Small World Childcare/Preschool (4) ____ WAGES Carver
 ____ WAGES Chestnut ____ WAGES Pikeville ____ WAGES Royall Ave(4)
 ____ WAGES Royall West ____ Wee Are the World Childcare (3) ____ Wonderland
 ____ Kids and Company ____ Tommy's Road Elementary School ____ School Street School
 ____ Otro _____

¿Está actualmente el niño(a) en jardín infantil o Pre-kinder? Sí No Si sí, dónde: _____ cuánto tiempo? _____
 ¿Ha estado alguna vez en jardín infantil o Pre-kinder? Sí No Si sí, dónde: _____ cuánto tiempo? _____

INFORMACION DE TRANSPORTE

¿Necesita transportación? Sí No



Wayne Co Partnership for Children
Start

(919)735-3371



WAGES Head

(919)734-1178

Si sí, lugar de pasar a buscar: _____
lugar de pasar a dejar : _____
Si No, cómo llegará el niño(a) a la escuela? Caminando Otro Padre **Iniciales del Padre:** _____

INFORMACION DEL RECLUTAMIENTO

¿Cómo se enteró del programa? Volante, Folleto, Cartel Empleado de la Agencia Por medio de palabra
 Radio/TV/Prensa Amigo de Familia Otro: _____

INFORMACION DE CUIDADO INFANTIL DE DÍA EXTENDIDO

¿Recibe este niño(a) ayuda de subsidio para servicios de cuidado infantil? Sí No
Si No, está el niño(a)/familia actualmente en la lista de espera de subsidio? Sí No
¿Va a necesitar de cuidado infantil de día extendido este niño(a)? Sí No
Si sí, indique todo tipo de cuidado que le aplique: Antes de Escuela Después de Escuela Feriados El Verano
¿Tiene la familia arreglo alternativo en caso de no poder brindarle los servicios de cuidado infantil de día extendido? Sí No
Si sí, con quién: _____

INFORMACION DE INGRESOS DE LA FAMILIA

Semanal x 52 = Ingreso Anual Quincenal x 26 = Ingreso Anual Bi-mensual x 24 = Ingreso Anual Mensual x 12 = Ingreso Anual

Miembro de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total Anual Bruto de la Familia				\$	
Otros Adultos Miembros de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total de CACFP Anual Bruto del Hogar				\$	

INFORMACION DE INGRESOS DE FAMILIAS DE MORE at FOUR

Semanal = Pago Bruto x 4.333 x 12 meses Quincenal = Pago Bruto x 2.167 x 12 meses Bi-mensual = Pago Bruto x 24 Mensual = Pago Bruto x 12 meses

Miembro de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total Anual Bruto de la Familia				\$	

Ingreso de la Familia Verificado al Revisar lo Siguiente:

____ Talón Cheque ____ Formulario Impuesto Sobre la Renta ____ W-2 Formulario(s) ____ Manutención
 ____ Carta del Patrón ____ Carta de DSS ____ Otro



Wayne Co Partnership for Children
Start

(919)735-3371



WAGES Head

(919)734-1178

q Tarjeta de Seguro Social del Niño(a)	q Comprobante Ingresos (W-2, talón cheque, manuntención, etc..)
q Tarjeta de Medicaid del Niño(a) o Seguro Privado	q AFDC/TANF (carta indicando dinero otorgado), si le aplica
q Examen Físico del Niño(a) (dentro de los últimos 12 meses)	q Tarjeta de Estampilla de Alimentos, si le aplica
q Registro de Vacunas del Niño(a)	q Verificación de necesidades especiales del niño, si le aplica