



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

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

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Nombre Legal del Niño(a): Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Genero del Niño(a): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento:		Nombre Preferido:	
Nombre de persona(s) con quien vive el niño(a):					
Pariente con el Niño(a): <input type="checkbox"/> Padre (Biológico, Adoptivo, Padrastro/Madrastra) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Pariente (otro que Abuelo(a)) <input type="checkbox"/> Padres de Crianza (No Pariente) <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dirección:					
Dirección Postal: (si diferente)					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono Principal: <input type="checkbox"/> Casa () - <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager		Teléfono Alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager			
Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección de Correo Electrónico: _____			Numero de Celular: _____		

INFORMACION MEDICO

Doctor del Niño(a):		Numero de Teléfono:		Dirección:	
Dentista del Niño(a):		Numero de Teléfono:		Dirección:	
Hospital Preferida:					
Favor de indicar cual seguro recibe el niño (a) actualmente. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					
Si le aplique, favor de indicar el numero del seguro:				Fecha de Inicio?	
Cuál de los siguientes problemas o preocupaciones de salud están relacionados con este niño(a)? <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significa de salud <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Medicamento frágil <input type="checkbox"/> Sarpullidos <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento/Emocionales <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Problemas Crónicas de Salud (como Asma, Diabetes, Artritis, Obesidad) <input type="checkbox"/> Otro – favor de explicar: _____					
Anote cualquier medicamento que el niño(a) está tomando actualmente:					

CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACION DE ENTREGADA DEL NIÑO(A)

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona(s) quien se puede entregar el niño(a) además de los padres/tutores					
1	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
2	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
3	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
4	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
5	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:
6	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Entrega	Nombre:	Dirección:	Telefono: ()	
		Relacion:	Ciudad:	Estado:	Codigo:

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al proveedor a asegurar cuidado médico de emergencia en el evento que no pueden hacer contacto con el médico familiar ni conmigo inmediatamente. Yo entiendo que cuidado médico de emergencia será obtenido de la sala de urgencias disponible (normalmente Wayne Memorial Hospital), sin tomar en cuenta la preferencia del padre/tutor al proveedor.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____
Revised April 2016 Page 1 of 6



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y FAMILIA

Raza del Niño(a): Negro /Afro Americano Blanco Indoamericano/Nativo de Alaska Islas del Pacifico/Hawaiano
 Nativo Asían Multi-Raza (favor de marcar las cajas individuales de raza) *** **Ver las definiciones**
Etnicidad/Raza en el pagina 4***

Raza de los Padres: Negro /Afro Americano Blanco Indoamericano/Nativo de Alaska Islas del Pacifico/Hawaiano
 Nativo Asían Multi-Raza (favor de marcar las cajas individuales de raza) *** **Ver las definiciones**
Etnicidad/Raza en el pagina 4***

Etnicidad del Niño(a): Hispano o de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño u otra Cultura/Origen Hispana)
 Non-Hispano/Non-Latino Origen

Lenguaje Principal usado en Casa: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Lenguaje Secundario usado en Casa: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Habilidad: Poco Moderado Competente

Preferencia de la Familia para Comunicación Escrita: Inglés Español Otro (favor de indicar: _____)

Estatus Parental: Un Padre Dos Padres Crianza Non-Padre Otro

Tamaño total de familia? _____ **Tamaño total del hogar (cuantas personas viven del ingreso anotado en esta aplicación)?** _____
 Madre Padre Numero de Niño (a) s Otros Adultos (edad de 18 o más) Cuantos?

Estado de la Vivienda: ___ Propia Casa ___ Renta hogar/apartamento/casa móvil ___ Viviendo con amigos/familia temporalmente ___ Viviendo en Albergue ___ Viviendo en hotel/motel ___ Otro (explique: _____)

Recibe su familia ayuda de cualquiera de los siguientes? Work First Asistencia de Familia TANF SSI
 Estampías Medicaid por Work First Comidas en la Escuela Gratis/Precio Reducidas WIC

INFORMACION DEMOGRAFICO DEL ADULTO

Primer Nombre y Apellido Anota Adulto Principal Primero	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	(D1) Nivel de Educación	(D2) Estado Laboral	(D3) Notas, Nombre del Empleado, u Ocupación
		M F				
		M F				

<u>Codigos de Estado Civil</u>	<u>D1 – Nivel de Educación</u>	<u>D2- Estado Laboral</u>
S – Soltero(a) M – Casado(a) D – Divorciado(a) DS – Desplegado(a) Otro: _____	G9 = Grado 9(o menos) GED AA = Asociado G10 = Grado 10 COL = Algo de Colegio BA = Bachillerato G11= Grado 11 DRP = Dejo el Estudio MA = Masters STU = En High School HSG = Graduó High school	U= Desempleado T= Estudiante en Escuela F= Trabaja Tiempo Completo P=Trabaja Tiempo Parcial B= Estudiante Tiempo Completo L= Estudiante Tiempo Parcial M=Afuera por Razones Medicas R= Jubilado/Discapacidad S= Trabaja Temporal Otro _____

Si esta empleado, cuanto tiempo tiene la madre (o cuidador principal) en su trabajo actual?
 < 90 días 3–12 meses 13-18 meses 19-24 meses más que 2 años

Si esta empleado, cuanto tiempo tiene el padre (o cuidado secundario) en su trabajo actual?
 < 90 días 3–12 meses 13-18 meses 19-24 meses mas que 2 años

Si esta sin empleo, está buscando trabajo actualmente? si no

Es uno de los padres / tutores actualmente un miembro activo de Estados Unidos militar? Si No

Es uno de los padres / tutores un veterano del ejército de los Estados Unidos? Si No

INFORMACION DEMOGRAFICO DEL NIÑO(A)

Primer nombre de TODOS LOS OTROS niños en el hogar	Fecha de Nacimiento	Sexo	Pariente de	Pariente como	Notas e.g., estado de participacion en el programa, otros programas, etc.
2.		M F			
3.		M F			
4.		M F			



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

5.		M F		
6.		M F		
Códigos Relativos A01 – Adulto Principal A02 – Adulto Secundario B12 – Ambos Adultos (Incluye Padrastro/Madrastra)		Pariente Como C = Hijo Natural F = Hijo de Crianza G = Nieto(a) N = Sobrino(a)		Códigos de Estado de Participación A = Niño Solicitado Y =Demasiado Joven N = Elegible Próximo Año O = Pasado Edad de Calificación

INFORMACION ADICIONAL

Indica de cuál de las siguientes agencias este niño ha recibido o está recibiendo actualmente servicios:

- Ninguno Coordinación de Cuidado por Niños(CC4C)
 Escuela Publica (Anote condado, estado _____) Agencia de Servicios de Desarrollo de Niños (antes DEC)
 Salud Mental Intervención de Niñez Temprano Otro? _____

INFORMACION DE NECESIDADES ESPECIALES

Tiene este niño(a) algún discapacidad o necesidad especial? Si No Sospecha
 Comentarios: _____
Si, Cual es la diagnosis: _____
 El niño tiene un IEP o IFSP? Si No **Si No, el niño ha sido referido para servicios relatado a la discapacidad sospecho?** Si No
 Está recibiendo servicios relatado a la discapacidad? Si No
 Fecha que IEP o IFSP fue iniciado: _____
 Si si, a quien fue referido el niño(a)? _____
Opcional: Alguna necesidad de la familia o crisis? Si No (Si si, explique:)

INFORMACION DE PREFERENCIA DE SITIO

(Por favor tome en cuenta que no se ofrece ni están garantizada transportación y/o servicios de día extendido en todos los sitios.)

Cuál es su preferencia de sitio? (favor de poner números de 1 a 4 con el uno como sitio más deseado y el numero 4 el menos deseado)

Sitios de WAGES:

_____ Belfast _____ Carver _____ Chestnut _____ Herman _____ Royall Avenue _____ Royall West

Sitios de WAGES EHS – Asociación de Cuidado de Niños:

_____ Antioch Academia de Cuidado de Niños _____ Joyful Play Centro de Cuidado de Niños _____ Trinity Centro de Cuidado de Niños

Sitios de North Carolina Pre-K:

_____ Brogden Primary School	_____ Bright Beginnings Child Care/Preschool (2)	_____ Bright Beginnings II
_____ Eastern Wayne Elementary	_____ Fremont Stars Elementary	_____ Happy Days Child Care/Preschool (2)
_____ Carver Elementary (Mt. Olive)	_____ North Drive Elementary	_____ Northeast Elementary
_____ Meadow Lane Elementary	_____ School Street Elementary (NC Pre-K)	_____ Rosewood Elementary
_____ Spring Creek Elementary	_____ Small World Child Care/Preschool (5)	_____ Tommy's Road Elementary
_____ Wee are the World Child Care (3)	_____ WAGES Carver (1)	_____ WAGES Royall Avenue (3)

Esta el niño(a) actualmente en cuidado de niño(a) u otro sitio de pre-escolar? Si No Si si, donde: _____ Cuanto tiempo? _____

El niño(a) ha estado en cuidado de niño u otro sitio pre-escolar Si No Si si, donde: _____ Cuánto tiempo? _____

INFORMACION DE TRANSPORTACION

(Transportación por estudiantes de North Carolina Pre-K esta actualmente proveído por WAGES Head Start y Wee Are the World)

Necesita Transportación? Si No Si si, anote lugar de recoger: _____

Anote lugar de dejar: _____



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

WAGES ofrece servicios de transportación limitados. Si transportación por bus no está disponible, podrá usted traer y recoger a su hijo diariamente? Si No Iniciales de Padres: _____

INFORMACION DE CUIDADO DE NINOS DE DIA EXTENDIDA

Se requiere servicios de cuidado de niño de día extendido por este niño(a)? (sitios de WCPS no provee día extendido) Si No
Si si, marque todos que apliquen: Cuidado antes de Escuela Cuidado después de Escuela Cuidado en días Festivos
 Cuidado en el verano

Este niño recibe actualmente asistencia de subsidio por servicios de cuidado de niños? Si No Si no, están en lista de espera? Si No

La familia tiene arreglos alternas si servicios de cuidado de niño de día extendidas no esta disponible? Si No
Si si, con quien:

CALCULACION DE INGRESO DE LA FAMILIA DE HEAD START/EARLY HEAD START

Semanal x 52 = Ingreso Anual Bi-Semanal x 26 = Ingreso Anual Dos veces por mes x 24 = Ingreso Anual Mensualmentex 12 = Ingreso Anual

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

CALCULACION DE INGRESO DE LA FAMILIA DE NORTH CAROLINA PRE-K

Semanal = Pago Bruto x 4.333 x 12mes Bi-Semanal = Pago Bruto x 2.167x 12mes Dos veces por mes = Pago Bruto x 24 Mensualmente = Pago Bruto x 12 mes

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

Basado en Revisión de Verificación de Ingreso del Siguiete:

___ Talones de Cheque ___ W-2 ___ Formas de los Impuestos ___ Manutención de los Niños ___ Declaración del Empleador
___ Declaración del DSS ___ Declaración de Verificación de Ingreso ___ Declaración de no Ingreso ___ Otro

ESTE NINO(A) ES CONSIDERADO(A) ___ ELIGIBLE CATAGORICAMENTE ___ ELIGIBLE ___ INELIGIBLE por Early Head Start/Head Start

Verificación completada por: _____

Definiciones de Etnicidad/Raza

Las categorías básicas raciales y étnicas para las estadísticas Federales y reporte administrativa del programa se definen como sigue:

Hispano o Etnicidad Latino
Una persona de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur Americano, Central Americano, u otro cultura/origen Hispano, sin importar la raza.
Indoamericano o Nativo de Alaska



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

Una persona que tenga orígenes de cualquier de las personas de América del Norte y Sur (incluyendo América Central) quien se mantiene identificación cultural por afiliación tribal o de comunidad.

Asian

Una persona que tiene orígenes en cualquier de las personas originales del Lejano Oriente, el Sudeste de Asia, o el Subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo; Cambodia, China, India, Japón, Korea, Malaysia, Pakistán, Las Islas Phillipinos, Tailandia, y Vietnam.

Negro o Afro Americano

Una persona teniendo orígenes en cualquier de los grupos raciales de África.

Nativo Hawaiano u otro Isla Pacifica

Una persona teniendo orígenes con cualquier de las personas originales de Hawái, Guam, Samoa, u otro Isla Pacifica.

Blanco

Una persona teniendo orígenes con cualquier de las personas originales de Europea, El Oriente Medio, o África del Norte.

PARTICIPACION DE LOS HOMBRESNT - Solamente Aplica a los Niños de Early Head Start/Head Start

De parte de WAGES, podemos mandar información sobre actividades del centro a cualquier modelo(s) masculino significado (padre, tío, abuelo, primo, amigo, etc.) en la vida de su niño? Si _____ No _____ Iniciales _____
Si si, por favor complete lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

PADRE/TUTOR – FAVOR DE LEER Y FIRMAR

Entiendo que esta es una solicitud de los servicios ofrecidos y no constituye la inscripción en cualquier programa. Yo certifico que la información dado en esta aplicación es verdadera y correcta y todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que esta información estoy dando por recibir fondos federales y/o del estado; que oficiales pueden verificar la información en esta aplicación; y que falsificación deliberada de la información puede sujetarme a prosecución bajo leyes federales y/o del estado.

La información en esta forma puede ser usada solamente para determinar elegibilidad por los programas de Early Head Start, Head Start y/o North Carolina Pre-K. . Entiendo que estoy dando mi información que demuestra que estoy aplicando porque mi hijo será considerado por cualquier programa. Los Administradoras del Programa pueden verificar información en esta forma. Yo renuncio a mis derechos a la confidencialidad para estos propósitos solamente.

Entiendo que si mi hijo será elegido a participar en el programa, participación de padres será crítica para el logro de mi niño. Yo/nosotros comprometemos a participar como requerido por los criterio del programa.

Estoy de acuerdo a permitir cualquier y todos los documentos para la matrícula de mi niño en el programa pueden ser entregadas a el sistema de escuela del matricula del kínder. Entiendo que este consentimiento para la liberación es voluntario.
_____ (Iniciales del Padre)

MÉTODO DE APLICACIÓN

Esta entrevista de solicitud se realizó por el método siguiente: En persona Por Teléfono Tercera Persona

Motivo entrevista se llevó a cabo por teléfono: _____

Firma del entrevistador (requerido)

Fecha



Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919) 734-1178

Para ser firmado por el padre / tutor en el momento de la entrevista (de la entrevista realizada en persona) o al momento de la inscripción (de la entrevista realizada por teléfono).

Certifico que soy el padre / tutor del niño _____ para quien se está haciendo esta solicitud.

Padre (cuidador principal) Firma (requerido)

Fecha

Firma del padre (cuidador secundario) (si está disponible)

Fecha

Verificaciones:

<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento (Certificado, Medico, Biblia de Familia)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid o Seguro Médico Privado del Niño
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Vacunas del Niño
Uso Oficial Solamente:
<input type="checkbox"/> Fecha de Examen Físico: _____ H _____ V _____
<input type="checkbox"/> Evaluación Dental: Fecha: _____