

FORMULARIO PRE ESCOLAR PARA EL CONDADO DE ROBESON

INFORMACION DEL ALUMNO **STATUS:** **COMPLETED** **NOT COMPLETED** **DATE RECEIVED:**

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Nombre Preferido:	Fecha de nacimiento:	Seguro social:
Dirección actual:		Correo electrónico:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Ciudadano estadounidense Si No Etnicidad (Hispano) Si No Primer idioma que habla en casa Ingles Español Otro: _____

Raza del niño/a (Marque todo lo que corresponda)

Indio Americano <input type="checkbox"/>	Afro Americano/Negro <input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/>
Asiático <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	

INFORMACION SOBRE EL HOGAR

Con quién vive el niño/la niña? PADRES/Padrastrós Madre (solamente) Padre (padre solamente) Custodia Legal
 Tutor legal/Padre(s)adoptivo(s) Abuelo/Abuela

¿Su familia está sin hogar? Si No - Esto puede incluir compartir el hogar con otras personas debido a una pérdida, dificultades económicas o razones similares; viviendo en hoteles, moteles o campamentos; vivir en refugios de emergencia o de transición; o vivir en un carro.

Número de niños en el hogar: (Por favor incluya la edad y fecha de nacimiento de cada niño) Niños: Edad/Fecha de nacimiento de cada Niño:

¿Cuántos Niños Viven en la casa? Edad y Fecha de Nacimiento de todos los Niños que viven en Casa:

Niño # 1 Edad _____ Fecha de Nacimiento Niño # 2 Edad _____ Fecha de Nacimiento Niño # 3 Edad _____ Fecha de Nacimiento

Nombre de la madre/Tutor legal:	Teléfono de casa:	Teléfono de oficina:	Teléfono celular:
Dirección:			

Empleado Buscando empleo En Educación Post-Secundaria En la Escuela Secundaria /Programa GED Formación profesional Otro

Lugar de empleo:

Nombre del padre/Tutor legal:	Teléfono de casa:	Teléfono de oficina:	Teléfono celular:
Dirección:			

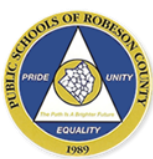
Empleado Buscando empleo En Educación Post-Secundaria En la Escuela Secundaria /Programa GED Formación profesional Otro

Lugar de empleo:

¿Al menos uno de los padres o tutores legales es un miembro de servicio activo del ejército, o un padre o tutor legal de este niño resultó seriamente herido o falleció mientras estaba en servicio activo? Si No

INGRESO FAMILIAR (No se utiliza para la elegibilidad de Título I) - Incluya solamente los ingresos de los que viven en el hogar con el niño/a.

<p>Ingresos de la madre / madrastra / tutor ANTES de los impuestos:</p> <p>Salario actual \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>Manutención de los hijos \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual</p> <p>SSI/TANF \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual</p>	<p>Ingresos de padre / padrastro / tutor ANTES de los impuestos:</p> <p>Salario actual \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>Manutención de los hijos \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal</p> <p>Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual</p> <p>SSI/TANF \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual</p>
--	---



INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del doctor del niño/a:	Teléfono de la oficina:	
hospital de Preferencia :	Teléfono:	
Nombre del dentista del niño/a:	Teléfono de la oficina:	
En caso de emergencia, si los padres/tutores no pueden ser contactados, la institución tiene permiso para contactar a las siguientes personas:		
Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

CONTACTOS

El niño/a será entregado sólo a los padres o tutores indicados. El niño/a también puede ser entregado a las siguientes personas, según la autorización de la persona que firma esta solicitud.

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

NECESIDADES MEDICAS:

Para cualquier niño/a con necesidades médicas como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se adjuntará a la solicitud un plan de acción médica. El plan de acción médica debe ser completado por los Padres o un profesional(doctor) de salud del niño/a. ¿Hay un plan de acción médico adjunto?

Si No

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? Si No Si es así, por favor indique, los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas:

¿Su hijo/a tiene alguna necesidad o inquietud de atención médica?? Si No Si es así, por favor indique, los síntomas y el tipo de respuesta requerida para estas necesidades o inquietudes de atención médica:

¿Tiene su hijo/a temores particulares o características de comportamiento únicas? Si No Si es así, por favor indique:

¿Su hijo/a tiene algún tipo de medicamento que este tomando para las necesidades de atención médica? Si No Si es así, por favor indique:

Comparta cualquier otra información que tenga relación directa con garantizar un tratamiento médico seguro para su hijo/a:

COLOCACION ANTERIOR:

- El niño/la niña nunca ha sido servido en ningún ambiente preescolar o guardería
- El niño/la niña no está beneficiando de ningún servicio
- El niño/la niña está en una guardería oficial
- Si el niño/la niña no está recibiendo subsidio, pero está en algún tipo de guardería regulada, por favor escriba el nombre:
- Si el niño/la niña está recibiendo subsidio, pero está en algún tipo de guardería regulada, por favor escriba el nombre:
- ¿Su hijo tiene hermanos/hermanas en una escuela pública o guardería? Si quieren que su hijo/a asista a la misma escuela o guardería por favor escribe el nombre aquí:

¿Cómo se transportará su hijo a NC Pre-K? _____

NECESIDADES ESPECIALES

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial documentada: (por ejemplo) habla, ceguera, ortopedia, audición, enfermedad crónica, problemas sociales, emocionales o de comportamiento? Si No

¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)? Si No

¿Su hijo actualmente recibe servicios de algún proveedor comunitario por sus problemas de discapacidad, sociales, emocionales o de conducta? Si No

INFORMACION ADITIONAL

¿Cómo obtuvo esta solicitud?

- Asociación del Condado de Robeson para Niños, Inc.
- Sitio de Escuelas Públicas - ¿Cuál? _____
- Centro de Cuidado Infantil - ¿Cuál? _____
- Sitio de Head Start - ¿Cuál? _____
- Correo
- Sitio web / en línea
- Correo electrónico
- Otro - Por favor, indique: _____

COLOCACION

En caso de ser aceptado en el programa, ¿tiene una preferencia de ubicación *: Sí No

Lugares preferidos: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

* La ubicación del sitio se basa en la disponibilidad del programa y las preferencias no siempre se pueden cumplir.

Yo, como padre/tutor, autorizo al centro Educativo a obtener atención médica para mi hijo/a en caso de una emergencia. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para recibir los fondos del programa. El personal del programa puede verificar la información sobre esta aplicación. Las declaraciones falsas pueden someterme a la persecución bajo leyes aplicables del estado de Carolina del Norte y descalificar la aplicación de mi niño/a. La solicitud completada requiere el certificado de nacimiento original del niño/a, la tarjeta del seguro social del niño/a, la carta de vacunación y la verificación del ingreso de los padres (talón de cheque) (se usa para determinar la elegibilidad de NC Pre-K).

Firma del padre/tutor:

Fecha:

Yo, como operador, estoy de acuerdo en proporcionar transporte a un centro médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en la instalación serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre/tutor legal del niño/a.

Firma del administrador:

Fecha:

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

FECHA DE APLICACIÓN COMPLETADA O ACTUALIZADA:

DISTRITO ESCOLAR:

NC Pre-K Elegible Título 1 Elegible PSRC Sitio: NC Pre-K Sí No
 NC Pre-K No Elegible Título 1 No Elegible NC Pre-K Sitio:

SITIOS DE PRE-KINDERGARTEN DEL CONDADO DE ROBESON

SITIOS ESCOLARES PRIVADOS	SITIOS ESCOLARES PÚBLICOS	SITIOS ESCOLARES PÚBLICOS
Christine Christian Daycare (Lumberton) 910-738-8200	Deep Branch Elementary 910-738-2514	Rosenwald Elementary 910-628-4291
Christine's Christian Daycare (St. Pauls) 910-865-2006	East Robeson Primary 910-671-6055	Rowland Norment Elementary 910-671-6030
Cottonwood Pre-Elementary 910-618-1300	Green Grove Elementary 910-628-7433	Shining Stars Preschool (Lumberton) 910-671-4343
First Baptist Early Childhood Ministry 910-738-6608	JC Hargrave Elementary 910-671-6060	Shining Stars Preschool (Pembroke) 910-521-0559
Island Grove Baptist Christian Daycare 910-522-1393	Long Branch Elementary 910-739-3864	Southside Ashpole Elementary 910-422-3791
Jamestown Day Care Center, Inc. 910-739-8861	Magnolia Elementary 910-671-6070	St. Pauls Elementary 910-865-4103
Kid Kare Learning Center 910-628-0042	Oxendine Elementary 910-843-4243	Tanglewood Elementary (Title I Only) 910-671-6035 *Anticipated to open August 2019*
Kids' Academy Daycare & Preschool 910-739-1501	Parkton Elementary 910-858-3951	Union Chapel Elementary 910-521-4456
Kidz Pointe Learning Center 910-843-3873	Pembroke Elementary 910-521-4204	Union Elementary 910-521-4772
Pampers, Hugs, & Luv's Learning Center #2 (St. Pauls) 910-865-2380	Peterson Elementary 910-843-4125	W.H. Knuckles Elementary 910-671-6020
Precious Angels' Day Care 910-674-4766	Piney Grove Elementary 910-671-6025	SITIOS de LRDA HEAD START
Riverwood Pre-Elementary 910-521-9001	Prospect Elementary 910-521-4766	Allenton Head Start 910-608-0326
Tiny Tots Daycare Center 910-843-8240	R.B. Dean Elementary 910-844-5982	Green Grove Head Start 910-628-1280
Wee Farm Learning Center 910-738-6070	Rex-Rennert Elementary 910-843-5298	Rennert Head Start 910-843-2562

** Presentar una solicitud en un lugar no garantiza la colocación en ese lugar. Esta aplicación tal vez pueda ser aprobada para una colocación de NC Pre-K, Título I o Niños Excepcionales en cualquier sitio privado, público o Head Start. **