



LISTA DE DOCUMENTOS

- Complete la Aplicacion (asegurese de haver incluido)

La nacionalidad y la raza de su hijo

Numero de niños con sus edades y fecha de nacimiento de cada uno

Firma

- Copia del certificado de nacimiento de su hijo

- Algun documento legal (si es aplicable)

- El record de vacunas

- Plan de accion medica(si nesecita, ver pagina 2)

- Ingreso del hogar (chequear todo lo que aplique)

Colilla de cheque:si es mensual, al menos inclulla una colilla

Para semanal inclulla 4 collillas consecutivas

Si es cada 2 semanas inclulla por lo menos 2 collillas consecutivas

Manuntencion de los hijos

Desempleo

SSI/TANF (Ayuda Temporal del Gobierno)

Firma la declaracion de no ingreso

- Sitio de preferencia (**preferencia no le garantiza la colocacion)

FORMULARIO PRE ESCOLAR PARA EL CONDADO DE ROBESON

INFORMACION DEL ALUMNO	DATE RECEIVED:	DATE COMPLETED:
------------------------	----------------	-----------------

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Nombre Preferido:	Fecha de nacimiento:	Seguro social:
Dirección actual:		Correo electrónico:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Ciudadano estadounidense Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Etnicidad (Hispano) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Primer idioma que habla en casa <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> 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) Familiar

¿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.

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



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 ADITONAL

¿Cómo obtuvo esta solicitud?

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

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 PRIVADOS	SITIOS ESCOLARES PÚBLICOS
Angel's Childcare And Learning Center 910-858-0614	Wee Farm Learning Center 910-738-6070	Rosenwald Elementary 910-628-4291
Christine Christian Daycare (Lumberton) 910-738-8200	SITIOS ESCOLARES PÚBLICOS	Rowland Norment Elementary 910-671-6030
Christine's Christian Daycare (St. Pauls) 910-865-2006	Deep Branch Elementary 910-738-2514	Shining Stars Preschool (Lumberton) 910-671-4343
Cottonwood Pre-Elementary 910-618-1300	East Robeson Primary 910-671-6055	Shining Stars Preschool (Pembroke) 910-521-0559
First Baptist Early Childhood Ministry 910-738-6608	Fairgrove Elementary (Title I Only) 910-628-8290	St. Pauls Elementary 910-865-4103
Island Grove Baptist Christian Daycare 910-522-1393	Long Branch Elementary 910-739-3864	Tanglewood Elementary (Title I Only) 910-671-6035
Jamestown Day Care Center, Inc. 910-739-8861	Magnolia Elementary 910-671-6070	Townsend Elementary (Title I Only) 910-844-5086
Kid Kare Learning Center 910-628-0042	Oxendine Elementary 910-843-4243	Union Chapel Elementary 910-521-4456
Kids' Academy Daycare & Preschool 910-739-1501	Parkton Elementary 910-858-3951	Union Elementary 910-521-4772
Kidz Pointe Learning Center 910-843-3873	Pembroke Elementary 910-521-4204	W.H. Knuckles Elementary 910-671-6020
Pampers, Hugs, & Luv's Learning Center #2 (St. Pauls) 910-865-2380	Peterson Elementary 910-843-4125	
Precious Angels' Day Care 910-674-4766	Piney Grove Elementary 910-671-6025	
Riverwood Pre-Elementary 910-521-9001	Prospect Elementary 910-521-4766	
Tiny Tots Daycare Center 910-843-8240	Rex-Rennert Elementary 910-843-5298	

** 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 o público. **