



LISTA DE DOCUMENTOS

Requerido Con La Aplicacion

- Aplicacion Completa (Asegurese de Incluir)
Raza y Etnicidad del Niño
Numero de niños en el hogar y Edad/Fecha de Nacimiento
Firma
- Copia del Certificado de Nacimiento del Niño
- Algun document legal (si es aplicable)
- Plan de Accion Medica (si es necesserio vea pagina 2)
- Ingresos del hogar (chequear todo lo que aplique)
 - Colilla del cheque: si es mensual, inclulla al menos una colilla
 - Para seminal inclulla 4 colillas consecutivas
 - Si es cada dos Semanas inclulla por lo menos 2 colillas consecutivas
 - Manutencion de los hijos
 - Desempleo
 - SSI/TANF (Ayuda temporal del Gobierno)
 - Firma la declaracion de no ingreso
- Elegibilidad categorica (chequear todo lo que aplique)
 - WIC
 - Public Housing
 - TANF/Work First
 - Medicaid
 - SSI
 - Food & Nutrition Services
 - SNAP/Food Stamps
- Sitio de preferencia al fondo de la pagina 2 (**preferencia no le garantiza la colocacion)

Recomendado con la Aplicacion

- Reporte Medico del Niño (****no es requerido para elgibilidad pero si es requerido 30 dias antes de empezar****)
- El record de vacunas (****no es requerido para elgibilidad pero si es requerido 30 dias antes de empezar ****)

APLICACION PRE ESCOLAR PARA EL CONDADO DE ROBESON

INFORMACION DE ESTUDIANTE		DATE RECEIVED:	DATE COMPLETED:	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:		
Nombre Preferido:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:	Genero:	
Dirreccion actual:		Correo Electronico:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:		
Ciudadano estadounidense Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ethnicity (Hispanic) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Primer idioma que habla en la casa: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español Otro: _____				
Raza del Niño (Check all that apply)				
Indio Americano <input type="checkbox"/>	Afro Americano/Negro <input type="checkbox"/>	Nativo de Hawaii o otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/>		
Asiatico <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>			
INFORMACION SOBRE EL HOGAR				
Can quien vive el niño/la niña? <input type="checkbox"/> Ambos Padres/Padrastos <input type="checkbox"/> Madre (Solamente) <input type="checkbox"/> Padre (Solamente) <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela				
¿Su familia está sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Esto puede incluir compartir el hogar con otras personas debido a una perdida, 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:	Edad de Niño 1 y Fecha de Nacimiento:	Edades y Fechas de Nacimiento de otros Niños		
	Edad de Niño 2 y Fecha de Nacimiento:			
	Edad de Niño 3 y Fecha de Nacimiento:			
Madre/Madrasta/Guardiana:	Telefono de Casa:	Telefono de Oficina:	Telefono Celular:	
Dirreccion:				
Empleado <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> En Educacion Post-Secundaria <input type="checkbox"/> En la Escuela Secundaria/Programa GED <input type="checkbox"/> Formacion Personal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Lugar de Empleo:				
Padre/Padrasto/Guardian:	Telefono de Casa:	Telefono de Oficina:	Telefono Celular:	
Dirreccion:				
Empleado <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> En Educacion Post-Secundaria <input type="checkbox"/> En la Escuela Secundaria/Programa GED <input type="checkbox"/> Formacion Personal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
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? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				
Elegibilidad (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: Reciben: (cheque todo lo que aplique y incluyan documentacion)		Categorico: Alguien en la casa recibe: (marque todos que apliquen y incluyan documentacion)		
Madre/Madrasta/Guardiana	Padre/Padrasto/Guardian			
<input type="checkbox"/> Ingresos de empleo	<input type="checkbox"/> Ingresos de empleo	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> SSI	
<input type="checkbox"/> Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/> Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/> Public Housing	<input type="checkbox"/> Food & Nutrition Services	
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> TANF/Work First	<input type="checkbox"/> SNAP	
<input type="checkbox"/> SSI/TANF	<input type="checkbox"/> SSI/TANF	<input type="checkbox"/> Medicaid		



INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del doctor del niño/a:	Telefono de la oficina:	
Hospital de Preferencia:	Telefono:	
Nombre del dentista del niño/a:	Telefono de la oficina:	
En caso de emergencia, si los padres/tutores no pueden ser contactados, la institucion tiene permiso para contactar a las siguientes personas:		
Nombre:	Relacion:	Telefono:
Nombre:	Relacion:	Telefono:

CONTACTOS

El niño/a sera entregado solo a los padres o tutores indicados. El niño/a Tambien puede ser entregado a las siguientes personas, segun la autorizacion de la persona que firma esta solicitud.

Nombre:	Relacion:	Telefono:
Nombre:	Relacion:	Telefono:
Nombre:	Relacion:	Telefono:

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 ningun ambiente pre-escolar o guarderia
- El niño/la niña no esta beneficiado de ningun servicio
- El niño/la niña esta en una guarderia oficial
- Si el niño/la niña no esta recibiendo subsidio, pero esta en algun tipo de guarderia regulada, por favor escriba el nombre:
- Si el niño/la niña esta recibiendo subsidio y esta en algun tipo de guarderia 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:

¿Como se transportara 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

COLOCACION

En caso de ser aceptado en el programa, tiene una preferencia de ubicacion? *: Si No (Vea la proxima pagina para ver sus opciones)

Ubicaciones Preferidos: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

*La ubicacion del sitio se basa es 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).

Al marcar esta casilla e incluir mi número de móvil, código postal y fecha de nacimiento de mi(s) hijo(s), reconozco que me inscribiré en un servicio de mensajes de texto para recibir mensajes de texto sobre recursos y eventos para familias con niños de 0 a 8 años de Bright by Text y ROAR (Robeson Overcoming Adversity Through Resilience). También entiendo que puedo darme de baja de estos mensajes en cualquier momento. <https://brightbytext.org/Privacy-Policy>

Firma del padre/tutor:

Fecha:

I, as the operator, do agree to provide transportation to an appropriate medical resource in the event of emergency. In an emergency situation, other children in the facility will be supervised by a responsible adult. I will not administer any drug or any medication without specific instructions from the physician or the child's parent, guardian, or full-time custodian.

Signature of Administrator:

Date:

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

SCHOOL DISTRICT:

- NC Pre-K Eligible Title 1 Eligible PSRC Site: NC Pre-K Y N
- NC Pre-K Non Eligible Title 1 Non Eligible NC Pre-K Site:

SITIOS DE PRE-KINDERGARTEN EN ROBESON COUNTY

SITIOS ESCOLARES PRIVADOS	SITIOS ESCOLARES PRIVADOS	ESCUELAS PUBLICAS
Angel's Childcare And Learning Center 910-858-0614	Wee Farm Learning Center 910-738-6070	Piney Grove Elementary 910-671-6025
Cottonwood Pre-Elementary 910-618-1300		Prospect Elementary 910-521-4766
First Baptist Early Childhood Ministry 910-738-6608		Rex-Rennert Elementary 910-843-5298
Foundations Christian Academy 910-241-3100	ESCUELAS PUBLICAS	Rosenwald Elementary 910-628-4291
Kid Kare Learning Center 910-628-0042	Deep Branch Elementary 910-738-2514	Rowland Norment Elementary 910-671-6030
Kids' Academy Daycare & Preschool 910-739-1501	East Robeson Primary 910-671-6055	Shining Stars Preschool (Lumberton) 910-671-4343
Kidz Pointe Learning Center 910-843-3873	Fairgrove Elementary (Title I Only) 910-628-8290	Shining Stars Preschool (Pembroke) 910-521-0559
Little Feet Learning Academy 910-738-1471	Long Branch Elementary 910-739-3864	St. Pauls Elementary 910-865-4103
Pampers, Hugs, & Luv's Learning Center #2 (St. Pauls) 910-865-2380	Magnolia Elementary 910-671-6070	Tanglewood Elementary (Title I Only) 910-671-6035
Precious Angels' Day Care 910-674-4766	Oxendine Elementary 910-843-4243	Townsend Elementary (Title I Only) 910-844-5086
Riverwood Pre-Elementary 910-521-9001	Parkton Elementary 910-858-3951	Union Chapel Elementary 910-521-4456
Tiny Steps Learning Center 910-738-4004	Pembroke Elementary 910-521-4204	Union Elementary 910-521-4772
Tiny Tots Daycare Center 910-843-8240	Peterson Elementary 910-843-4125	W.H. Knuckles Elementary 910-671-6020

**** Presentar una solicitud en un lugar no garantiza la colocacion en ese lugar. Esta aplicacion tal vez pueda ser aprobada para una colocacion de NC Pre-K, Titulo 1, o Niños Excepcionales en cualquier sitio privado o publico. ****