



Edgecombe
County Public Schools



FORMULARIO DE SOLICITUD NASH/EDGECOMBE PRE-K

Para participar en estos programas Pre-K, su hijo debe tener cuatro años de edad el 31 de agosto o antes del año actual del programa y debe cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- El ingreso bruto de la familia es o inferior al 75% del nivel de ingresos medios del Estado
- El niño tiene una discapacidad del desarrollo identificada
- El niño tiene un dominio limitado del inglés (LEP) según lo indicado por la familia y/o el niño que habla inglés limitado o sin inglés en el hogar
- El niño tiene una necesidad educativa según lo indicado por los resultados de desempeño del niño en un examen de desarrollo aprobado o en un Plan de Educación Individualizado (IEP) existente
- El niño tiene una condición de salud crónica según lo indicado por el diagnóstico de un profesional de la salud
- El niño y la familia se identifican como personas sin hogar
- El niño es miembro de una familia militar elegible

****La determinación de elegibilidad no garantiza una colocación en un programa Pre-K. La colocación también se determina por la disponibilidad de fondos****

Complete la solicitud COMPLETA e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento oficial | <input type="checkbox"/> Copia del registro de inmunización actual |
| <input type="checkbox"/> 30 días consecutivos de recibos para los padres/guardiáns del niño o un formulario de salario completado firmado por el empleador (la información de pago no debe ser más de dos meses antes de la fecha en la solicitud) | <input type="checkbox"/> Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: Seguro Social (SSA), Discapacidad SSI, Manutención de Niños, etc. |
| | <input type="checkbox"/> Copia de la evaluación de salud más reciente/informe de visita del niño sano |

Prueba de residencia: Proporcione dos (2) pruebas de residencia

- **¿Tienes una casa?** Proporcione una copia de la escritura, un estado de cuenta hipotecario o un estado de cierre de HUD.
- **¿Alquilas?** Proporcione una copia del contrato de alquiler.
- **¿Vives en la casa de otra persona?** Proporcione una declaración jurada de residencia notariada Y su declaración hipotecaria, escritura o arrendamiento.
- **También se requiere UNO de los siguientes elementos:**
 - Una factura de gas, agua, electricidad, teléfono, o cable.
 - Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte o una tarjeta de identificación.
 - Talón de pago, extracto bancario O estado de cuenta de tarjeta de crédito fechado en los últimos 30 **días**.
 - Registro de vehículos actuales, factura de impuestos de vehículos, factura de impuestos sobre la propiedad, tarjeta W-2 O Medicaid fechada en el año anterior.
- **O Copia de uno de los siguientes puntos:** Carta de una agencia aprobada; Carta de reasentamiento de refugiados; Copia del arrendamiento de la Autoridad de Vivienda; O Carta/Declaración del hotel/motel si es posible.

Pre-K está disponible en una variedad de entornos en los condados de Nash y Edgecombe, incluidos los centros privados de cuidado infantil, Head Start y las escuelas públicas. Una lista de proveedores de Pre-K para el año escolar actual está en nuestro sitio web en www.depc.org o puede incluirse para su conveniencia: revise la lista de proveedores y seleccione sus opciones de sitio primero, segundo y tercero. Si necesita ayuda para elegir un proveedor, comuníquese con Family First al (252) 985-4300 ext. 220.

1st Opción: _____ **2nd Opción:** _____ **3rd Opción:** _____

****Contract Administrator Use Only****

Child's Name: _____

Date Processed: _____

Processed by: _____

DATE RECEIVED

INFORMACIÓN DE PADRE/ GUARDIÁN

PRIMER PADRE/ GUARDIÁN – El niño debe vivir en el mismo hogar que la(s) persona(s) que se enumeran a continuación.

Padre/Guardián Nombre: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de Casa: (Por favor incluya zip) _____	Dirección de envío: (Si es diferente de casa – Por favor incluya zip) _____
Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____
Correo electrónico _____	
Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern aplicar) <input type="checkbox"/> Other _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o)
Empleo/Estado Escolar: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.
Cheque Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	

¿Hay otro padre o guardián que viva en el hogar con el niño? ☐ SÍ ☐ NO

****Si no hay un segundo padre en el hogar debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta****

SEGUNDO PADRE/ GUARDIÁN - Debe completar la información para cada padre en el hogar.

Padre/Guardián Nombre: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern aplicar) <input type="checkbox"/> Other _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o)
Empleo/Estado Escolar: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.
Cheque Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	

ESTADO MILITAR DE PADRE/ GUARDIÁN

¿Este niño tiene un padre/guardián que es miembro activo del ejército? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño un padre/ guardián que recibió la orden de servicio activo en los últimos 18 meses o se espera que se le ordene en los próximos 18 meses o herido y/o está recibiendo retiro por discapacidad militar o fue asesinado mientras servía en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN INFANTIL

Por favor complete la información para cada niño que necesite servicios de Pre-K.

Niño/Niña #1

Nombre completo del niño: (como en el certificado de nacimiento) _____			
Fecha del niño de nacimiento: _____	Género del niño: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Etnicidad del niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es un niño de ascendencia latina/hispana?
Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado familiar: (marque uno solo) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Con quién vive el niño?

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- ☐ Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)
Nombre de la instalación: _____
- ☐ Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil
- ☐ Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
- ☐ El padre se queda en casa con el niño

¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- ☐ Recibir asistencia con el cuidado de niños de:
- ☐ Programa de Becas DEPC
 - ☐ Departamento de servicios sociales
 - ☐ NEED/Head Start
 - ☐ Otro: _____
- ☐ No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? ☐ SÍ ☐ NO ☐ No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ No lo sé

Niño/Niña #2

Nombre completo del niño: (como en el certificado de nacimiento) _____			
Fecha del niño de nacimiento: _____	Género del niño: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Etnicidad del niño: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No	¿Es un niño de ascendencia latina/hispana?
Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado familiar: (marque uno solo) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Con quién vive el niño?

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- ☐ Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)
Nombre de la instalación: _____
- ☐ Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil
- ☐ Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
- ☐ El padre se queda en casa con el niño

¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- ☐ Recibir asistencia con el cuidado de niños de:
- ☐ Programa de Becas DEPC
 - ☐ Departamento de servicios sociales
 - ☐ NEED/Head Start
 - ☐ Otro: _____
- ☐ No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? ☐ SÍ ☐ NO ☐ No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ No lo sé

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe: escribe \$0 si no sé recibe ninguna.

Beneficios para veterano: \$_____ por mes	Beneficios de desempleo: \$_____ por mes
Segura Social (SSA): \$_____ por mes	Compensación de trabajadores: \$_____ por mes
Discapacidad de SSI: \$_____ por mes	Otro: _____ \$_____ por mes
Manutención de los hijos: \$_____ por mes	Otro: _____ \$_____ por mes

**** Debe proporcionar documentación escrita para todas las fuentes de ingresos adicionales ****

Declaración de “No Ingresos”

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos. Complete esta sección "Sin ingresos" si actualmente tiene ingresos "cero".

Yo _____, certificar comopadre(s)/cuidador(es) legal(s) _____, tiene cero ingresos en el momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y reportada con precisión.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha de hoy

INFORMACIÓN DEL HOGAR

**** Por favor enumere TODAS personas que viven en la dirección del hogar figura en esta solicitud, incluido el niño ****

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	<i>01/01/1988</i>	<i>Madre</i>

Número total de miembros de la familia en el home (incluido el niño): _____

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Chino ☐ Hindi ☐ Vietnamita ☐ Otro: _____ (por favor especifique)

Lo que mejor describe la situación de vida actual de su familia:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permanente | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel |
| <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia | <input type="checkbox"/> Hospital por 30 días o menos |
| <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados | <input type="checkbox"/> Falta de adiciones nocturnas permanente |
| <input type="checkbox"/> Vivir con un amigo/familiar debido a la pérdida de vivienda | |

Formulario De Salario

Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos.

****Si no tiene recibos de sueldo,** haga que su **empleador actual complete y firme** el siguiente formulario.

Enumere los salarios brutos de days antes del mes actual. Por favor complete para **cada** padre/guardián.

PADRE/GUARDIÁN #1: _____

Nombre del Empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque recibido: ☐ Una vez por semana ☐ Cada dos semana ☐ Dos veces al mes (ex. 1st & 15th) ☐ Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Pago bruto (ANTES deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (Si corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

PADRE/GUARDIÁN #2: _____

Nombre del empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque recibido: ☐ Una vez por semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes (ex. 1st & 15th) ☐ Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Pago bruto (ANTES deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (Si corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

Responsabilidad Parental y Acuerdo

(Por favor, INICIAL para cada declaración)

Por favor, lea atentamente e inicie cada casilla para confirmar su comprensión y aceptación de sus responsabilidades.

INICIAL AQUI	RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE PADRES
	Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a Down East Partnership for Children, Edgecombe County Public Schools, Nash County Public Schools, Nash/Edgecombe Pre-K Programs y N.E.E.D, Inc. – Head Start para intercambiar información sobre mi hijo con el propósito de determinar la elegibilidad para los Programas de Pre-K financiados por el estado y federalmente y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los socios de los condados de Nash/Edgecombe que sirven a niños de 4 años, si creen que mi hijo es elegible para otros programas comunitarios.
	Doy permiso para que mi hijo reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, dentales y/o del habla y del lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes se compartan con los programas de Pre-K asociados (Down Eat Partnership for Children; N.E.E.D, Inc. – Head Start; Programas Nash/Edgecombe Pre-K; Escuelas Públicas del Condado de Edgecombe; y las Escuelas Públicas del Condado de Nash).
	Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar, se espera un compromiso familiar. Me asociaré con el sitio de mi hijo y los maestros para ayudar a preparar a mi hijo para el éxito futuro.
	Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de la familia. Si mi programa Pre-K ofrece transporte, me adheriré a las reglas y regulaciones de sus políticas de transporte.
	Entiendo que si hay un cambio en la dirección, número de teléfono o asistencia de mi hijo en cualquier tipo de atención con licencia, o si hay un cambio en el tamaño de la familia o los ingresos familiares, es mi responsabilidad notificar a Down East Partnership for Children e informarles de cualquier cambio.
	Doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación del desarrollo y para que los resultados de estas pruebas se compartan con DEPC y los programas de pre-kínder asociados.
	Entiendo que mi hijo necesitará un registro de inmunización actual, evaluación de salud actualizada (incluidos exámenes dentales, auditivos y de la vista) dentro de los <u>30 días</u> de su primer día para asistir a un programa de Pre-K.
	Entiendo que mi hijo puede ser colocado en una lista de espera.

La tergiversación deliberada puede someterme a un proceso bajo las leyes NC. Mi paquete de solicitud está completo, y los ingresos se informan correctamente. Certifico que soy el padre/cuidador legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Debe firmar a continuación.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Si no es el padre, la documentación oficial de tutela/custodia puede ser requerida