



Edgecombe
County Public Schools
EDUCATE CONNECTED LEARN



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: <i>(Por favor incluya zip)</i> _____	Dirección de envío: <i>(Si es diferente de casa – Por favor incluya zip)</i> _____	
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 <i>(marque todo aplicar)</i> <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <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: <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	<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	<small>** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto.</small> <small>**Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.</small>
Cheque Recibido:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	

¿Hay otro parente o guardián que viva en el hogar con el niño? Sí No

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

SEGUNDO PADRE/ GUARDIÁN - Debe completar la información para cada parente 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 <i>(marque todo aplicar)</i> <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <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: <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	<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	<small>** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto.</small> <small>**Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.</small>
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 parente/guardián que es miembro activo del ejército? Sí No

¿Tiene este niño un parente/ 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? Sí 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 <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Etnicidad del niño:	<input type="checkbox"/> ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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)	¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____

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 <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Etnicidad del niño:	<input type="checkbox"/> ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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)	¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____

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 ****

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:

- Permanente
 - Refugio para personas sin hogar o de emergencia
 - Refugio para mujeres y niños maltratados
 - Vivir con un amigo/familiar debido a la pérdida de vivienda
 - Hotel/Motel
 - Hospital por 30 días o menos
 - Falta de adiciones nocturnas permanentes

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 empleado actual complete y firme el siguiente formulario.
Enumere los salarios brutos de days antes del mes actual. Por favor complete para cada parent/guardián.

PADRE/GUARDIÁN #1: _____

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: _____

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****