



D.U.A.L. Application Form/Forma de Aplicación

The Children's Council of Watauga County

Date submitted /Fecha de presentación : _____

Child's Information ~ Información del/la niño(a)

Name/Nombre: _____ Sex/Sexo: m ___ f ___
first name/nombre last name/apellido nickname/apodo

Date and place of birth/Fecha y lugar de nacimiento: _____
mm/dd/year - mes/día/año place/lugar

Race/Raza: Caucasian/Caucásico ___ Afro-American/Afroamericano ___ Asian/Asiático ___ Hispanic/Hispano ___
Other/Otro _____

Does the child have any allergies?/¿Tiene alguna alergia? _____

Language spoken at home/Idioma que se habla en casa: English/Inglés ___ Spanish/Español ___ Other/ otro _____

Address/Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal

Phone Numbers/Números de teléfono: home/casa _____ cell/cellular _____

Mother's/ Guardian Information ~ Información de la Mamá / La guardián

Name/Nombre: _____
first name/nombre last name/apellido

Address/Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal

Phone Numbers/Números de teléfono: home/casa _____ cell/cellular _____

E-mail/Correo electrónico: _____

Father's/ Guardian Information ~ Información del Papá/ El guardián

Name/Nombre: _____
first name/nombre last name/apellido

Address/Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal

Phone Numbers/Números de teléfono:
home/casa _____ cell/cellular _____

E-mail/Correo electrónico: _____



Other Family Information/Información Adicional de la Familia

Names and ages of brothers/*Nombre y edades de hermanos*

Names and ages of sisters/*Nombre y edades de hermanas*

Child Care Information/Información del Centro de Cuidado Diario

Is child currently enrolled in another child care center?/*¿Está su niño(a) actualmente en otro centro de cuidado?*
yes/sí ___ no ___

Has your child ever been in child care? / *¿Ha asistido su niño al cuidado de niños?*
yes/sí ___ no ___

Other Information /Más información

Check if any of the following relate to this child/*Marque las opciones que tengan relación con el niño(a):*

___ Child has an active Individual Education Plan (IEP)/ *El niño(a) está en un plan individual de educación.*

___ Child has an active Individual Family Service Plan (IFSP)/ *El niño(a) está en un plan de apoyo familiar individual*

___ Child has been referred for evaluation/*El niño(a) ha sido remitido para evaluación*

___ Child has chronic health problems (asthma, diabetes, arthritis)/*El niño(a) tiene problemas crónicos de salud (asma, diabetes, artritis) Other/ orto* _____

Do you have any concerns about your child 's development? If so, would you like for a staff member from The Children's Council to arrange a developmental screening?/*Si tiene algunas preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo(a), le gustaría que un empleado del Children's Council organiza una proyección de desarrollo?*
yes/sí _____ no _____

Explain/*Explique:* _____

Transportation/Transportación

DUAL School does not provide transportation. *DUAL School no suministra servicio de transporte*

Release Form

I give blanket permission for my child to be transported via walking trips away from the school. These trips only include walking trips to local parks and the Watauga Recreation Center /*Doy permiso para mi hijo estar transportado en un caminar viajes lejos de la escuela de la comunidad.*

___ yes/ sí _____ no/ no



I give permission for my child to be photographed or videotaped for use in exhibits, displays, facebook, or new releases promoting the D.U.A.L. School program./ *Doy permiso a mi hijo a estar fotografiado o grabado en video para su uso en exposiciones, exhibiciones, facebook o las nuevas versiones promoviendo el programa de escuela de D.U.A.L..*

_____ yes/ sí _____ no/ no

I give D.U.A.L. School permission to authorize emergency care for my child in the event that neither I nor the family physician can be contacted immediately. / *Doy permiso de escuela D.U.A.L. a autorizar la atención de emergencia para mi hijo en caso de que ni yo ni el médico de familia puede estar contactado inmediatamente.*

_____ yes/ si _____ no/ no

Tuition

Tuition for DUAL School is \$400 per month. This is the *base* tuition. DUAL School offers a range of tuition based on each family's ability to pay. If you would like to see if you qualify for tuition assistance, please fill out the Tuition Assistance Form.

Payments will be due to the Children's Council office on the fifth of each month, September through June, for the current month. Payment can be made by cash, check and credit card. Tuition is due whether or not the student attends school. For late payments after the 5th of the month a \$5 late fee will be added. For late payments after the 15th of the month a \$15 late fee will be added. Failure to pay tuition may result in your being withdrawn from the DUAL School Program.

Tuition/Costo de la Educación

El costo de la educación por DUAL School es \$400 el mes. Este es el pago *básico*. Les ofrece una variedad de montos para cubrir los costos educativos, basados en la posibilidad que tenga cada familia para hacerlo. Si a usted le gustaría saber si califica para un ajuste del monto del pago efectivo, por favor, llene el Formulario de Ajuste de Pago Educativo.

Se puede pagar de contado o por cheque, los pagos deberán ser hechos a la oficina para el día 5 de cada mes, de Septiembre a Junio, por el mes correspondiente.

Directory/Directorio

I give my permission for my family's information (names, phone numbers, email addresses) to be included in the DUAL School Family Directory. /Autorizo para que la información de mi familia (nombres, números telefónicos, direcciones de correo electrónico) sean incluidas en el Directorio Familiar de DUAL School.

yes/ sí _____ no _____

How did you hear about us?/¿Cómo usted supo de nosotros?

Personal referral; if so, who?/referencia personal; *si es así, ¿quién?* _____

newspaper/periódico _____ radio _____ other/otro: _____

***If you would like to apply for tuition assistance, please fill out the following paperwork/ Si usted desea solicitar asistencia para la matrícula, por favor llene la siguiente documentación**



D.U.A.L Tuition Assistance Application
Aplicación de Asistencia para la Matrícula
Children's Council of Watauga County

¿Estaría interesado en recibir una beca?

_____ sí _____ no

**La recepción de una beca no está garantizada y depende de los fondos y el presupuesto disponibles.*

Child's Information/Información del niño(a)

Name/Nombre: _____ Sex/Sexo: *m* ___ *f* ___
name/nombre last name/apellido nickname/apodo

Date of birth/Fecha de nacimiento: _____
mm/dd/year - mes/día/año

Address/Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal

Phone Numbers/Números de teléfono: *home/casa* _____ *cell/cellular* _____

Kind of residence/Tipo de residencia: *house/casa* ___ *apartment/apartamento* ___ *rent/renta* ___ *owner/dueño* ___

Monthly payment (rent or mortgage)/pago mensual (renta o hipoteca): \$ _____

Mother's Information/Información de la Mamá

Name/Nombre: _____
name/nombre last name/apellido

Employed?/¿Trabaja? *yes/sí* ___ *no* ___ Work Phone/Teléfono del trabajo: _____

Current Employment/Tipo de empleo: *full time/tiempo completo* ___ *part time/medio tiempo* ___ *unemployed/desempleado* *medical leave/ausencia por enfermedad* ___ *disability/incapacidad* ___ *other/otro* ___

Monthly Salary/Salario Mensual: \$ _____



Father's Information/Información del Papá

Name/Nombre: _____
name/ nombre *last name/apellido*

Employed?/¿Trabaja? *yes/sí* ____ *no* ____ Work Phone/Teléfono del trabajo: _____

Current Employment/Tipo de empleo: *full time/tiempo completo* ____ *part time/medio tiempo* ____ *unemployed/desempleado* *medical leave/ausencia por enfermedad* ____ *disability/incapacidad* ____ *other/otro* ____

Monthly Salary/Salario Mensual: \$ _____

Monthly Financial Information/Información Financiera Mensual

Does your family have any significant monthly expenses that we should be made aware of? Please explain/ *Tiene su familia algunos gastos mensuales de importancia que nosotros deberíamos conocer? De tenerlos, por favor, explique cuáles son:* _____

Additional Documents Required for Tuition Assistance Requests/ Documentos Adicionales Requeridos para la Asistencia en el Pago de los Estudios

- 1040, 1040A, or 1040ez. If you are unable to provide a tax return statement, please provide /*Si usted no puede proporcionar una declaración de impuestos, por favor proporcione:*
- Pay stubs from employer. If you are paid biweekly, please provide two pay stubs. If you are paid monthly, please bring the last pay stub. If you are paid in cash, you should provide a letter from your employer stating the number of hours you work each week and your hourly wage./*Comprobantes de pago de su empleador. Si el pago es quincenal, por favor traiga los dos últimos comprobantes de pago. Si el pago es mensual, por favor traiga el último comprobante de pago. Si los pagos son en efectivo por favor traiga una carta de su empleador en cual mencione cuántas horas trabaja usted a la semana y cuántos dólares le pagan por hora.*

