

**Aplicación de pre-kinder 2018-2019 Watauga County NC**

Padres/familiares/guardianes deben completar esta aplicación para aplicar para el programa de pre-kindergarten NC. Usted debe utilizar el nombre legal de su hijo que se encuentra en su certificado de nacimiento en esta aplicación. Si cambia su dirección o su número de teléfono es su responsabilidad de dejarnos saber. Por favor recuerde firmar esta aplicación!

**Todas las aplicaciones deben ser devueltos en o antes de la fecha de Mayo 11, 2018 a las 4:30 p.m. en el Children’s Council del Condado de WATAUGA.**

Dirección: 225 Birch Street, Boone NC 28607 FAX: (828) 264-8008 Teléfono: (828) 262-5424

**Para ser elegible:**

\*Niño debe  tener cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto,2018

\*Es hijo de una familia cuyo ingreso bruto es en o por debajo del 75% del ingreso medio estatal (SMI).

\*Los niños de ciertas familias de militares también son elegibles sin ingresos.

\*20% de los niños elegibles puede tener los ingresos familiares en exceso de 75% si han documentado los factores de riesgo en categorías específicas, incluyendo:

-Discapacidades del desarrollo -Dominio limitado del Inglés

-Dominio limitado de necesidades educativas -Condición de salud crónica

***\*Aunque un niño puede cumplir uno o más factores de elegibilidad, la colocación no está garantizada en una aula de NC Pre-K.***

**Documentos que se requieren tener con usted cuando regrese su aplicación:**

\* 2 comprobantes de residencia (renta/ facturas de utilidad / licencia/ factura del cable /recibo de teléfono)

\*Copia *certificada*de la Acta de nacimiento

\* Prueba de ingreso bruto anual incluyendo uno o más de los siguientes elementos:

(Copia de 2014 impuestos formulario 1040 o 1040A línea #7, 1040EZ línea #1, talones de pagos de meses anteriores, W2 Caja-1, declaraciones de empleador para cada padre para el pago mensual, cartas de concesión de administración del Seguro Social, las cartas de premio de la Comisión de seguridad de empleo, registros de negocios para los individuos que trabajan por si mismo (self-employed), una declaración firmada para un solicitante que no tiene ingresos verificables

\*Información médica de un médico si su niño tiene una condición médica crónica

|  |  |
| --- | --- |
| Pagos  | Ninguno, si su niño califica para NC Pre-K |
| Notificación de aceptación | Las familias serán notificados por correo principios de junio 2015, de su aceptación en el programa (depende de la aprobación del presupuesto de Carolina del norte) |
| Colocación | Las colocaciones se basará en la elegibilidad, la prioridad de necesidades, fecha que se presentó la solicitud y disponibilidad. |
| Evaluación de la salud | Evaluación de la salud del niño se requiere antes de estar inscrito o dentro de 30 días después de que el niño entre en el programa de Pre-Kinder NC |
| Horas | Generalmente, de 8:00 a.m. a 2:30 p.m. Llama a la ubicación para más información |
| Calendario | Igual que el calendario del año escolar público, a fines de Agosto hasta Junio |

**To be completed by The Children’s Council of Watauga County Staff Member**

Receipt of Completed Application (please keep for your records and proof of submission):

**Parent/Guardian’s Name(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Child’s Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date of Submission of Completed Application: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Printed Name of Staff Who Reviewed Application: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aplicación para NC Pre-K en el Condado de Watauga 2018-2019**

**Fecha de Aplicacion:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo del niño:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Género:**Barón \_\_\_ Hembra \_\_\_

**Fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza/etnicidad de niño (marque todas las que apliquen):**

\_\_\_ Asiático \_\_\_ Negro o afroamericano \_\_\_ Hispano

\_\_\_ Nativo hawaiano u otros isleños del Pacífico

 \_\_\_ Nativo indio nativo americano o de Alaska \_\_\_ Blanco/Europeo Americano

**Correo electrónico de los padres:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Condado de residencia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Distrito Escolar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección familiar**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono principal:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono alternativo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con quien reside el niño:**

\_\_\_ Madre sólo \_\_\_ Padre sólo \_\_\_ Ambos padres \_\_\_ Padre de Custodia del niño

\_\_\_ Tutor lega Otros, especifica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madre / madrastra / nombre del Tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Empleo de la madre: (marque todas las que apliquen)**

Empleado- Sí \_\_\_ No \_\_\_ Promedio del número de horas trabajadas por semana-\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro empleo: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ explica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Incluya todos los ingresos de la madre:**

Salario anual ANTES de impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Pensión de alimenticia Anual \_\_\_\_\_\_\_\_

Manutención de menores Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_

**Padre / padrastro / nombre del Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleo del padre: (marque todas las que apliquen)**

Empleado-Sí \_\_\_ No \_\_\_ promedio del número de horas trabajadas por semana-\_\_\_

Otro empleo: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ explica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Incluya todos los ingresos para el padre:**

Salario anual ANTES de impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Pensión de alimenticia Anual \_\_\_\_\_\_\_\_

Manutención de menores Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_

**Indique todos los adultos y niños que viven en el hogar, incluya el solicitante de NC Pre-K:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relación con el solicitante de NC Pre-K Child**(Por favor ponga una X al lado de la del niño que está aplicando) | **Fecha de Nacimiento** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |

**¿Su niño un tiene un dominio limitado del inglés?** Sí \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma principal hablado en su hogar?** Inglés \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma principal de su hijo?**Inglés \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿En qué idioma le gustaría que se proyecte a su hijo?** Inglés \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Su niño tiene una condición médica crónica?**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso que si, por favor adjunte una nota de un médico explicando el padecimiento y cualquier tratamiento/medicamentos recetados. Esto debe ser devuelto con su aplicación.**

**Su niño tiene una necesidad del desarrollo o educativa?**Sí \_\_\_ No \_\_\_

Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Es por lo menos un padre o guardián legal del niño, un miembro del servicio activo de las fuerzas armadas/militar o fue un padre o guardián legal del niño gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio activo:**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Previo cuidado/colocación del niño:**(marque uno)

\_\_\_ Niño nunca ha sido cuidado en un ambiente de preescolar

\_\_\_ Infantil es actualmente no cuidado (en casa ahora, pero puede haber sido previamente en cuidado infantil o algún otro programa preescolar)

\_\_\_ Niño asiste actualmente a cuidado de niños (indique el nombre del programa)

Nombre del programa de cuidado de niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ Niño está recibiendo subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar

\_\_\_\_ Niño tiene un IEP (Plan de educación actual individualizado) activo y actualmente lo atiende con un proveedor de servicios de Cuidado Temprana

**Ha tenido su hijo una evaluación de salud?** No \_\_\_ Sí \_\_\_

En caso que si, incluya el mes, día, año de la fecha de la evaluación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha tenido su hijo una evaluación del desarrollo?**No \_\_\_ Sí \_\_\_

En caso que si, incluya el mes, día, año de la fecha de la evaluación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha sido su hijo referido para la evaluación o identificados por los servicios de una necesidad especial?**

Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso que si, incluya el mes, día, año de la fecha de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso que si, ¿cuál fue la decisión de la evaluación de la discapacidad de su hijo?

No discapacidad identificada \_\_\_ Decisión de evaluación está en proceso \_\_\_

Una o más discapacidades fueron identificados \_\_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_\_

**Nombre (s) de discapacidad o retraso identificado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene un Plan de educación actual individualizado/ Individualized Education Plan (IEP)?**Sí \_\_\_ No \_\_\_

Las Escuelas del Condado de Watauga sirve alumnos identificados en edad preescolar con discapacidad y ofrecemos servicios de proveedores (por ejemplo, maestros y terapistas) que acuden al sitio donde el estudiante esté asistiendo a una clase de Pre-K. Las Escuelas del Condado de Watauga hará todos los esfuerzos para colocar a un estudiante con una discapacidad, que es elegible para inscribirse en una de nuestras aulas WCS NC Pre-K, en el sitio de WCS NC Pre-K en o más cercano a su zona de asistencia escolar. Debido a los necesidades individuos educativos del niño, y conforme con la ley federal y estatal, puede ser necesario para el distrito a colocar el estudiante en una clase diferente de WCS NC pre K fuera de su zona de asistencia con el propósito de proporcionar una educación pública gratuita y apropiada como lo requiere el Plan (IEP) del estudiante.  En este caso, el equipo de IEP del niño, en donde su padre es un miembro, se reunirá para discutir esta recomendación.

**¿Su niño fue referido para servicios relacionados con la discapacidad?**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**¿Su niño recibe servicios relacionado con su incapacidad?**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso que si, por favor especifica el tipo de servicios de discapacidad que recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna preocupación con el desarrollo de su hijo?**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso que si, por favor explicar sus preocupaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted tiene preocupaciones con el desarrollo de su hijo, quisiera que un representante del Children’s Council se ponga en contacto con usted sobre la evaluación gratis del desarrollo que ofrecemos para su hijo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Ubicaciones de aulas de Pre-Kindergarten del año 2018-2019 (sujeto a cambios) (Transportación es solo disponible a los estudiantes que van a Pre-Kínder en su distrito escolar)**

**Bethel Elementary School**

**Cove Creek Elementary School**

**Green Valley Elementary School**

**Hardin Park Elementary School**

**Lucy Brock Collaborative Classroom at Parkway Elementary School**

**Mabel Elementary School**

**Valle Crucis Elementary School**

**Lucy Brock Collaborative Classroom at Blowing Rock Elementary School**

**Por favor indique su ubicación pre-k preferida en orden de preferencia:**

1-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo del Niño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo certifico que toda la información sobre esta aplicación entera es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy responsable de llamar a Children’s Council Watauga County, 828-262-5424, con los cambios de información en esta solicitud. Doy mi permiso para que la información en esta aplicación y cualquier otra documentación que se presenta con esta aplicación puede ser visto por el personal de Children’s Council de Watauga, Departamento de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, Departamento de Servicios Sociales, personal de la escuela del Condado de Watauga y otros según sea necesario para verificar la exactitud. Entiendo que dando información inexacta dará lugar a esta solicitud rechazada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del padre Fecha**

**To be completed by The Children’s Council of Watauga County Staff Member:**

\_\_\_\_\_ All sections of the application are completed

\_\_\_\_\_ Parent/Guardian has signed and dated the application

\_\_\_\_\_ Mailing Address has been provided and parent/guardian acknowledged to CCWCI staff that the mailing address of the individual signing the application is the one that will be used when we send notification letters by early July

\_\_\_\_\_ A copy of the child’s *certified* birth certificate has been provided

\_\_\_\_\_ Proof of income has been provided

\_\_\_\_\_ 2 proofs of residency have been provided

\_\_\_\_\_ If applicable, medical information has been provided if the child has a chronic health condition

\_\_\_\_\_ Preferred sites are listed on application

\_\_\_\_\_ CCWCI staff provided date of submission of completed application

\_\_\_\_\_ CCWCI staff signed that they reviewed the application

\_\_\_\_\_ CCWCI completed and gave the parent/guardian receipt of completed application