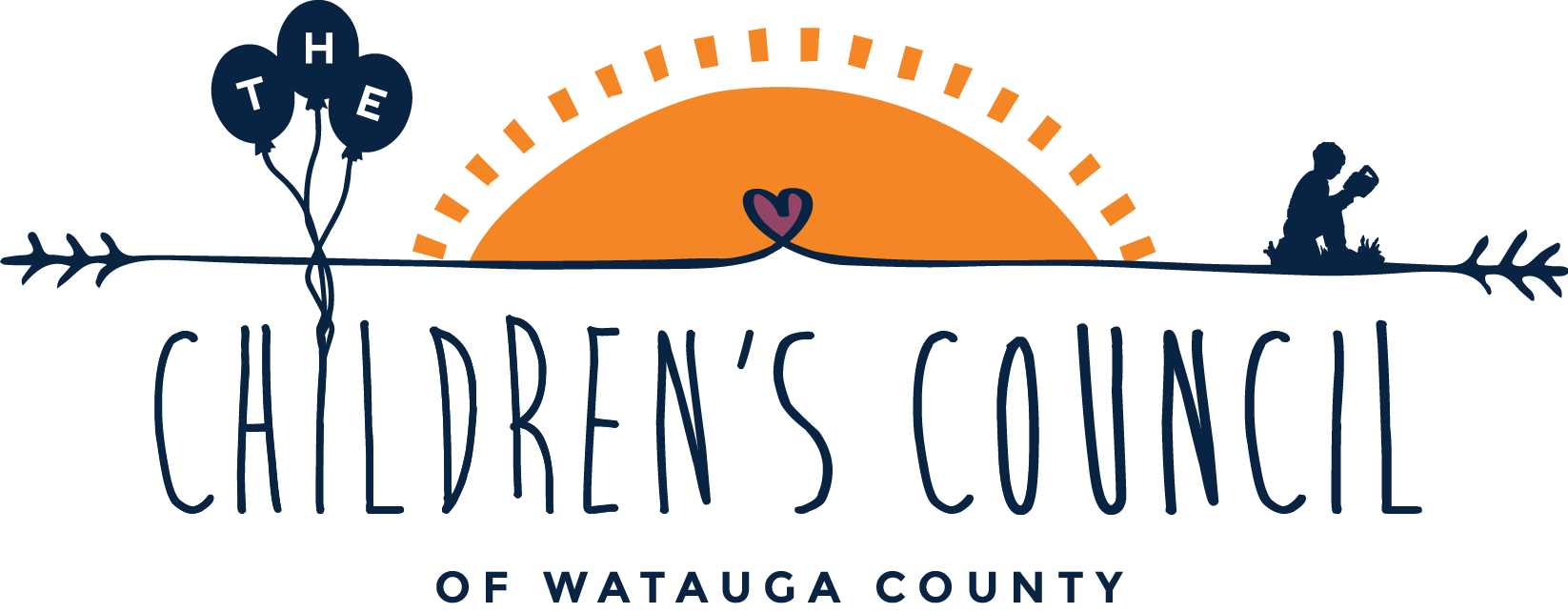
**\* Llame para hacer una cita! \***

Aplicación de Pre-Kinder 2017-2018 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 devueltas al Children’s Council del Condado de WATAUGA.**

Dirección: 225 Birch Street, Boone NC 28607 FAX: (828) 264-8008 Teléfono: (828) 262-5425

**Para ser elegible:**

\*Niño debe  tener cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto, 2017

\*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% SMI si han documentado los factores de riesgo en categorías específicas, incluyendo:

Discapacidades del desarrollo,

Dominio limitado del inglés,

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 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 2016 impuestos formulario 1040 línea #37 o 1040A #21, Facturas de pagos de un mes completo, cartas de concesión de administración del Seguro Social, las cartas de premio de la Comisión de seguridad de empleo, declaraciones de empleador, registros de negocios para los individuos que trabajan en su nombre (self-employed), declaraciones firmadas cuando una persona dice no tener ningún ingreso contable verificable)

\*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 2016, 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 |

**Para más información:**Hellem Quivera en el Children’s Council (828) 262-5424 o por correo electrónico: [hellem@thechildrenscouncil.org](mailto:hunter@thechildrenscouncil.org)

**Condado de Watauga NC Pre K aplicación 2017-2018**

**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

**Su hijo vive en Carolina del Norte:**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Condado de adonde viven:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de la familia**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección del corre (si es deferente)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Con quien reside el niño:**

\_\_\_Madre sólo

\_\_\_ Padre solo

\_\_\_Ambos padres

\_\_\_ Custodia legal del niño

\_\_\_ Guardia legal

\_\_\_Otros, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El niño vive con un familiar adulto o con un familiar que tiene custodia legal o guardián que sean sus padres:**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Número de miembros de la familia (hermanos, padres o guardianes) que viven en su hogar** \_\_\_\_\_\_

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

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

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

busca empleo- Sí \_\_\_ No \_\_\_

Asistiendo a una segunda educación -Sí \_\_\_ No \_\_\_

Asistiendo a la escuela secundaria/GED-Sí \_\_\_ No \_\_\_

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

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

Actual salario anual antes de impuestos: \_\_\_

Pensión anual: \_\_\_

Child support anual: \_\_\_

Compensación de trabajadores: \_\_\_

Desempleo: \_\_\_

SSI/TANF/Work$ First: \_\_\_

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

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

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

Busca empleo-Sí \_\_\_ No\_\_\_

Asistiendo a una segunda educación -Sí \_\_\_ No \_\_\_

Asistiendo a la escuela secundaria/GED-Sí \_\_\_ No \_\_\_

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

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

Actual salario anual antes de impuestos: \_\_\_

Pensión anual: \_\_\_

Child Support anual: \_\_\_

Compensación de trabajadores: \_\_\_

Desempleo: \_\_\_

SSI/TANF/ Work$ First: \_\_\_

Si usted no esta reportando nada de ingreso, por favor complete lo siguiente:

Esto es para verificar que mi hijo y yo no tenemos ingreso.

Da una pequeña explicación de como están pagando sus gastos?

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

Yo certifico que la información es cierta. Yo entiendo que dando información falso pude resultar en acción legal, y la terminación de la participación de mi hijo en el programa de NC Pre-K.

Escriban sus nombres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma primario de su hijo?**Su hijo tiene dominio del ingles limitado? Si\_\_\_ No\_\_\_

**¿Cuál es la principal lengua hablada en su hogar?**English\_\_\_ Otra\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma primario de su hijo?**English\_\_\_ Otra\_\_\_\_\_\_

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

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

**En caso que si, por favor adjunte 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?**No \_\_\_ Sí\_\_\_ No se \_\_\_

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

\_\_\_ Niño 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 más abajo)

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

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

\_\_\_\_ El niño tiene un IEP activo y actualmente está siendo atendido por un proveedor de servicios de la CE.

**Fecha de la última evaluación de salud del niño:**(mes, día, año) \_\_\_

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

En caso que si, incluya el mes, día, año \_\_\_

**¿Ha sido su hijo referido para una evaluación o identificado para recibir servicios de una necesidad especial?**

SI\_\_\_ 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 en proceso \_\_\_

Una o más discapacidades identificada \_\_\_

No sé \_\_\_

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

**Tiene su hijo un Plan de educación actual individualizado/ Individualized Education Plan (IEP)?**SI\_\_\_ No \_\_\_

 Escuelas del Condado de Watauga sirve alumnos identificados en edad preescolar con discapacidad por tener servicio de proveedores (por ejemplo, maestros y terapistas) acuden al sitio donde el estudiante esté asistiendo a una clase de Pre-K. 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 al niño individual educativo aunque necesita, y conforme a la ley federal y estatal, puede ser necesario para el distrito colocar al estudiante en una clase diferente de WCS NC pre K fuera de su zona de asistencia con el fin de proporcionar una educación pública gratuita, apropiada según sea necesario por de ese estudiante programa individual de educación (IEP). En este caso, del IEP del niño, cuyo padre es un miembro, se reunirá para discutir esta recomendación.

**Su niño ha sido referido para servicios relacionados con una discapacidad?**Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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

En caso que si, por favor especificar tipo de servicios de discapacidad \_\_\_

**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 para su hijo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**2017-2018 pre-kindergarten ubicaciones de aulas (sujeto a cambios)**

**Transportación es solamente disponible para los que viven en el distrito de la escuela que va su hijo.**

**Bethel Elementary School**

**Blowing Rock School**

**Cove Creek Elementary School**

**Green Valley Elementary School**

**Hardin Park Elementary School**

**Mabel Elementary School**

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

**Valle Crucis Elementary School**

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

**Valle Crucis Elementary School**

**Distrito escolar actual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Liste los pre-kinders en orden de preferencia:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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 a la 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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta parte debe ser completado por un miembro de personal del Children’s Council:**

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

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

**Esta parte debe ser completado por un miembro de personal del Children’s Council:**

Recibo de aplicación completada (guarde para sus archivos y prueba de envío):

Nombre del padre/guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fecha de presentación de la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del personal que revisaron la aplicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_