Chart

Description automatically generated

**Aplicación Para el Pre-Kindergarten del Condado de Watauga NC 2022-2023**

**Las familias deben completar esta aplicación para aplicar al Programa de Pre-Kindergarten de Carolina del Norte. Por favor utilice el nombre legal de su niño(a) tal y como aparece en su certificado de nacimiento. Es su responsabilidad de informarnos si cambia su dirección o su número de teléfono.**

DIRECCIÓN: 225 Birch Street, Boone NC 28607 TELÉFONO: (828) 262-5424

**Para ser elegible:**

\*El/la niño(a) debe de tener cuatro años de edad cumplidos para o antes del 31 de Agosto del 2022. Los niños(as) que son elegibles para asistir a Kindergarten no son elegibles para el programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte. \*El/la niño(a) es de una familia cuyo ingreso bruto es igual o inferior al 75% del Ingreso Medio del Estado (SMI). \*Los/las niños(as) de ciertas familias militares también son elegibles sin tener en cuenta los ingresos. \*El 20% de los/las niños(as) inscritos elegibles por edad pueden tener ingresos familiares superiores al 75% de SMI si tienen un factor de riesgo documentado en las siguientes categorías específicas, que incluyen: Discapacidad del Desarrollo, Dominio Limitado del Inglés, Necesidad Educativa, Condición Crónica de Salud. ***Aunque un/una niño(a) puede cumplir con uno o más factores de elegibilidad, la colocación no está garantizada en un salón de clases de Pre-K de NC.***

**Documentos que son requeridos que tenga cuando entregue su aplicación:**

\* 2 pruebas de residencia (contrato de arrendamiento/cobro de utilidades/licencia de conducir)

\* Copia del certificado de nacimiento de su niño(a)

\* Comprobante de Ingresos:

- Records de Impuestos – 2021 - W-2- 1040- Línea ajustada 7

- Talones de pago (talones de pago más recientes) semanal- traer 4 talones de pago consecutivos/Quincenal- traer 2 talones de pago consecutivos/Mensual- entregar por lo menos 1 talón de pago completo

- Cartas de adjudicación de la Administración del seguridad Social; Cartas de Adjudicación de la Comisión de Seguridad del Empleo

- Declaración escrita del empleador – Debe de reflejar los periodos de pagos más recientes del empleado, debe de incluir la cantidad y frecuencia pagada (incluyendo tiempo extra trabajado), debe de ser firmado por el empleador, documentado en papel con membrete (si está disponible)

- Casilla de "Notificación de documentación de ausencia de ingresos" completa incluida en esta solicitud, cuando la persona afirma no tener ingresos contables verificables

- Trabajadores por cuenta propia - 1040- Ingreso bruto ajustado en la Línea 7 o 1099 o Estados de Cuenta Bancarios para negocios menos el 20% del ingreso total si no se proporciona documentación de impuestos o -1099 o Estados de Cuenta Bancarios para negocios menos recibos de gastos detallados

- Declaración de Licencias y Ganancias de Miembros Militares

\*Información médica de un doctor en el caso de que su niño(a) tenga una condición médica crónica

**Información Adicional**

|  |  |
| --- | --- |
| Costo de la Matrícula | Ninguno, si su niño(a) califica para el Pre-K de NC; Las comidas se pueden cobrar si exceden los requisitos de ingresos |
| Notificación de Aceptación | Las familias recibirán una notificación por correo a más tardar el 31 de Mayo del 2021 sobre su aceptación en el programa (en espera de la aprobación del Presupuesto de Carolina del Norte) |
| Lugar de Colocación | Las colocaciones se basarán en la elegibilidad, la prioridad de las necesidades, disponibilidad. |
| Evaluación de Salud | Se requiere una evaluación de salud dentro de los 30 días posteriores a la entrada de el/la niño(a) en el programa de Pre-Kínder de Carolina del norte |
| Horario | Generalmente, 7:30 am - 2:30 pm. El/la maestro(a) de el/la niño(a) les dará a las familias los detalles del lugar para los horarios de llegada/salida. |
| Calendario | Todas las locaciones siguen el calendario del año escolar público de las Escuelas del Condado de Watauga. |

**Para más información:** Contacte a Hunter Varipapa a “The Children’s Council” (828) 262-5424 ext. 218 o vía email: [hunter@thechildrenscouncil.org](mailto:hunter@thechildrenscouncil.org)

**Información Adicional**

**\*** **Para entregar la solicitud de su niño(a):** asegúrese de que **TODAS** las partes de la solicitud estén completadas y proporcione **TODA** la documentación de respaldo, si la solicitud no está completa o falta documentación, la solicitud no se puede procesar.

**\*** **Las solicitudes y la documentación completadas se pueden enviar de una de las siguientes maneras:**

**Correo electrónico**: hunter@thechildrenscouncil.org

**Correo**: 225 Birch Street, Suite 3, ATTN: Hunter Varipapa, Boone NC 28607

**Office:** Submit to the front desk at The Children’s Council of Watauga County

**Buzón de entrega**: por favor coloque la solicitud en la caja de entrega negra localizada al lado derecho de la puerta principal de la oficina de The Children's Council ubicada en 225 Birch Street, Suite 3, Boone NC

**\* POR FAVOR REVISE SU CORREO CON FRECUENCIA**,between June 17 through and June 30, 2022 ya que hay una fecha límite para responder y aceptar su colocación.

\* Si usted no responde en el plazo indicado en la carta; se retirará el nombre de su niño(a) y se le dará la colocación a otro(a) niño(a) en la lista de espera.

\* No hay garantía de colocación. Usted debería buscar un entorno de cuidado infantil alternativo en caso de que no haya cupo en uno de los salones de Pre-Kínder de NC.

**Solicitud para el Pre-K del Condado de Watauga de NC ~ 2022-2023 Solo para el uso de la oficina** Fecha Completado/Entregado: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Legal Completo de el/la Niño(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Género:** Masculino\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento de el/la Niño(a):** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Raza/Etnia de el/la Niño(a) (Marque todos los que aplican):**

Asiático \_\_\_\_\_ Negro o Afro-americano \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_

Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico \_\_\_\_\_ Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska \_\_\_\_\_

Blanco/Europeo Americano \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Su niño(a) es ciudadano(a) estadounidense? \_\_\_\_ sí\_\_\_\_no** (la información de ciudadanía estadounidense se recopila solo con fines de datos y permanece confidencial)

**Fecha de la Aplicación:** **\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado de Residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección del Correo de la Familia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección Física de la Familia (si es diferente a la dirección de correo)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque la situación actual de la vivienda de la familia:** Permanente \_\_\_\_; Refugio para indigentes \_\_\_\_; Hotel/Motel \_\_\_\_; Hospital \_\_\_\_; Falta de dirección nocturna permanente \_\_\_\_

**Número Telefónico Primario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número Telefónico Alternativo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con quien reside el/la niño(a):**

Solo con la Mamá \_\_\_\_\_ Solo con el Papá \_\_\_\_\_\_ Ambos Padres \_\_\_\_\_\_ Tutor Legal \_\_\_\_\_

Guardián Legal \_\_\_\_\_ Otro, Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre/Madrastra/Tutora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Empleo de la Madre: (marque todos los que apliquen)**

Empleada- Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Número Promedio de Horas que Trabaja por Semana- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Buscando Empleo- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Está Asistiendo a Educación Superior- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Está Asistiendo a la Escuela Secundaria/GED- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Otro Empleo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coloque todo el ingreso para la madre:**

Salarios anuales actuales ANTES de los impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_TANF: \_\_\_\_\_\_\_\_Manutención Infantil Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación de Trabajadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Desempleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Padrastro/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleo del Padre: (marque todos los que apliquen)**

Empleado- Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Número Promedio de Horas que Trabaja por Semana - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Buscando Empleo- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Está Asistiendo a Educación Superior- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Está Asistiendo a la Escuela Secundaria/GED- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Otro Empleo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coloque todo el ingreso para el padre:**

Salarios anuales actuales ANTES de los impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_TANF: \_\_\_\_\_\_\_\_Manutención Infantil Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación de Trabajadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desempleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Declaración de documentación sin ingresos -**  Si usted está reportando cero ingresos, usted debe completar lo siguiente: Esto es para verificar que mi(s) niño(s) y yo no tenemos ingresos. Dé una breve explicación de cómo está cubriendo sus gastos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yo certifico que esta información es verdadera. Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas puede estar sujeto a acciones legales y a la finalización de la participación de mi niño(a) en el programa de Pre-K de NC.  Su(s) nombre(s) impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por favor anote a todos los **adultos y niños** que viven en su hogar, incluyendo el solicitante a Pre-K de NC:

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

**¿Tiene el/la niño(a) dominio limitado del inglés?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?** Ingles\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el idioma principal que habla su niño(a)?** Ingles\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿En qué idioma le gustaría que su niño(a) sea evaluado?** Ingles\_\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene su niño una condición médica crónica?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

**En caso afirmativo, adjunte una nota del médico que explique la(s) condición(es), la nota también debe indicar que "la condición tiene el potencial de interferir con el aprendizaje y el desarrollo del niño" y describa por qué el niño se beneficiaría de ser colocado en un programa infantil de alta calidad y cualquier tratamiento/medicamento recetado. Esto debe ser devuelto junto con su solicitud.**

**¿Tiene su niño(a) una necesidad educativa o de desarrollo?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No estoy seguro \_\_\_\_\_

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

**¿Es al menos uno de los padres o tutores legales de este/a niño(a) un miembro del servicio militar activo o fue uno de los padres o tutores legales de este/a niño(a) gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio militar activo?:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Colocación Previa de Cuidado Infantil:** (marque todos los que apliquen)

\_\_\_\_\_ El/la niño(a) nunca ha sido atendido en ningún entorno preescolar o de cuidado infantil

\_\_\_\_\_ El/la niño(a) actualmente no tiene servicios (en casa ahora, pero puede haber estado anteriormente en cuidado infantil u otro programa preescolar)

\_\_\_\_\_ El/la niño(a) está en un centro de cuidado infantil sin licencia (medio día, cuidado directo)

\_\_\_\_\_ El/la niño(a) actualmente asiste a la guardería (indique el nombre del programa a continuación)

Nombre del Programa de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El/la niño(a) **no** recibe subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar.

\_\_\_\_\_ El niño recibe subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar.

**¿Su niño(a) ha tenido una evaluación de salud?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ En caso afirmativo, incluya mes, día, año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su niño(a) una evaluación de desarrollo?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ En caso afirmativo, incluya mes, día, año: \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Alguna vez su niño(a) ha sido referido para un examen o ser identificado para servicios con una discapacidad?**

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ En caso afirmativo, incluya mes, día, año de la fecha de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿En caso afirmativo, cual fue la decisión de la evaluación de la discapacidad para su niño(a)?

No Se Identificó Discapacidad \_\_\_\_ Decisión de Evaluación en Proceso \_\_\_\_\_

Se Identificaron Una o Más Discapacidades \_\_\_\_\_ No Se \_\_\_\_\_

**Nombre(s) de la discapacidad/retraso identificado:** (Marque todos los que aplican)

\_\_ Autístico \_\_\_ Sordo \_\_ Ciego \_\_ Discapacidad Auditiva \_\_ Múltiples Discapacidades \_\_Otros problemas de Salud \_\_ Discapacidad Ortopédica \_\_ Discapacidad del Habla/Lenguaje \_\_ Discapacidad Visual \_\_ Lesión Cerebral Traumática \_\_ Retraso del Desarrollo Pre-Escolar

Otro- (Explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Actualmente su niños(a) tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)?** Sí\_\_\_\_ No \_\_\_\_

Las Escuelas del Condado de Watauga atienden a estudiantes con discapacidades de Pre-K identificados al hacer que proveedores de servicios (es decir, maestros y terapeutas) vengan al sitio donde el estudiante asiste a una clase de Pre-K. Las Escuelas del Condado de Watauga harán todo lo posible para colocar a un estudiante con una discapacidad, que sea elegible para inscribirse en uno de nuestros salones de clases de Pre-K de WCS NC, en el sitio de Pre-K de WCS NC en o más cerca de su zona de asistencia escolar. Sin embargo, debido a las necesidades educativas individuales del niño, y de acuerdo con la ley federal y estatal, puede ser necesario que el distrito coloque al estudiante en una clase diferente de WCS NC Pre-K fuera de su zona de asistencia para proporcionar un servicio gratuito, educación pública apropiada según lo requerido por el Programa de Educación Individualizada (IEP) de ese estudiante. En este caso, el equipo del IEP del niño, del cual los padres son miembros, se reunirán para dialogar esta recomendación.

**¿Su niño(a) ha sido referido para servicios relacionados con la discapacidad?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Su niño(a) está recibiendo servicios relacionados a la discapacidad?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, especifique el tipo de servicios de discapacidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted alguna preocupación con el desarrollo de su niño(a)?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique sus preocupaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene preocupaciones con el desarrollo de su niño(a), ¿le gustaría que un representante de la oficina de "The Children's Council" se comunique con usted para programar una evaluación de desarrollo gratuita para su niño(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Posibles Ubicaciones de los Salones de Clases de Pre-Kindergarten** \**El transporte solo se proporciona a los estudiantes que asisten a un salón de clases de Pre-K en su distrito escolar.*

**Escuela Primaria de Bethel Escuela Primaria de Cove Creek Escuela Primaria de Green Valley Escuela Primaria de Hardin Park Escuela Primaria de Parkway Escuela Primaria de Mabel Escuela Primaria de Valle Crucis Escuela Primaria de Blowing Rock**

**SOLO LOS/LAS NIÑOS(AS) QUE VIVEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE HARDIN PARK PUEDEN SELECCIONAR HARDIN PARK COMO SITIO PREFERIDO**

**A continuación, por favor anote en orden de preferencia su(s) locación(es) preferida(s) para Pre-Kínder:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Completo de el/la Niño(a)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo certifico que toda la información en toda esta aplicación es verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que soy responsable de llamar a la oficina de "The Children's Council" del Condado de Watauga, 828-262-5424, para actualizar cualquier cambio en la información de esta aplicación. Yo doy mi permiso para que el personal de "The Children's Council" del Condado de Watauga, el Departamento de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, el Departamento de Servicios Sociales, el personal de las Escuelas del Condado de Watauga y cualquier otra documentación que presente con esta aplicación sean vistos según sea necesario para verificar la información dada. Yo entiendo que proporcionar información incorrecta a sabiendas resultará en el rechazo de esta aplicación.

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

**Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha**

|  |
| --- |
| **Office Use Only/Solo Para el Uso de la Oficina**  Staff Name & Intake Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Staff Name & Entry Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Staff Name & Review Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Para ser completado por los miembros del personal de la oficina de “The Children’s Council” del Condado de Watauga:**

\_\_\_\_\_ 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 late June

\_\_\_\_\_ A copy of the child’sbirth 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