

## Condado de Lincoln

### 2019 -2020 NC Pre-K/Title I Aplicación

Los programas de Kínder son gratis, programas de alta calidad para preparar a los niños a tener éxito en la escuela. **El niño debe tener 4 años de edad el día 31 de Agosto o antes** de el año que va asistir el programa y tiene que vivir en el Condado de Lincoln. Completar esta aplicación no garantiza un campo en el programa. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al 704-922-0900 y hablen con Chrystal Hoyle ext.109 or Jessica Gibbs ext.104.

Aplicaciones incompletas no serán procesadas. Aplicaciones son consideradas completas cuando recibimos todos estos documentos:

- Aplicación Completa
- Certificado de Nacimiento Certificado (copia)  (2) Pruebas de domicilio o Affidavit/Declaración de Residencia
- Prueba de ingresos \*(Madre);  Prueba de ingresos \*(Padre)

\*Preferiblemente la documentación de impuestos, 2 talones de cheque recientes, carta de aprobación del Seguro Social y cartas de aprobación de la Oficina de la Comisión de Empleo. Si le pagan en efectivo, debe entregar una carta firmada por el jefe dando el nombre de la persona que trabaja, las horas trabajadas y los ingresos semanarios con el nombre de la empresa, nombre del supervisor, nombre de la persona de contacto y el número de teléfono de esa persona.

Otro Requisito: Completar formulario de examen físico y dental (incluido con éste paquete) y el registro de Vacunas más reciente (estos formularios son requeridos para el momento que el niño empieza la escuela).

#### Información de el Niño(a): (Por favor escriba en imprenta y claramente)

Nombre Completo de Niño:

\_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal del Niño

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Raza del Niño (Marque todos los que apliquen): El niño es Hispano?  Sí  No

Americano Indio/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afro-Americano

Nativo de Hawaii/Otra Isla Pacífica  Blanco/Europeo-Americano

Primer idioma hablado en casa: \_\_\_\_\_

El niño es Ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

El niño es residente de NC?  Sí  No

El niño tiene algún padre en servicio militar activo? (Identificación Militar requerida)  Sí  No

Con quien vive el niño:  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro  Padre Adoptivo\*

Guardián Legal\*  Custodio Legal\* (\*Debe adjuntar copias de documentación legal)

El niño a estado cuidado alguna vez en una guardería?  Sí  No

Quien cuida del niño ahora? Cuál es el nombre de la guardería o la persona que cuida el niño?

(Ex. ABC Childcare, mom, babysitter, etc.) \_\_\_\_\_

El niño tiene alguna condición de salud crónica o preocupación significativa de salud diagnosticada por un médico?  Sí  No

Por favor anote la condición(es) o preocupación(es): \_\_\_\_\_

El niño tiene un Plan Educativo Individualizado activo (IEP)?  Sí  No

El niño recibe servicios de apoyo para el habla, necesidades especiales, o discapacidad?  Sí  No

Marque cuales servicios a recibido  Habla  Terapia Ocupacional  Terapia Física ¿Dónde?

Tiene alguna preocupación acerca del desarrollo de su niño: (aprendizaje, habla, audición o comportamiento)?  Sí  No

Si lo tiene, por favor describirlo en breve: \_\_\_\_\_

**Información de Familia**

Madre  Abuela  Madrastra  Guardián  Custodio Legal  Padre Adoptivo/Custodia del Departamento Social

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alt \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre

Empleado # de horas/semana \_\_\_\_  Buscando empleo  Asistiendo Colegio/Universidad  En escuela secundaria/GED Program  
 Entrenamiento para Trabajo  Otro

Padre  Abuelo  Padrastro  Guardián  Custodio Legal  Padre Adoptivo/Custodia del Departamento Social

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alt \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre

Empleado # de horas/semana \_\_\_\_  Buscando empleo  Asistiendo Colegio/Universidad  En escuela secundaria/GED Program  
 Entrenamiento para Trabajo  Otro

Tamaño de Familia (incluya padres/padrazos, hermanos y hermanastros bajo la edad de 18 viviendo en la misma casa del niño)  
 \_\_\_\_\_ (número total)

Por favor apunte todos los miembros de la familia en casa:

| Nombre<br><i>Ex. Jane Smith</i> | Fecha de Nacimiento<br><i>11/05/75</i> | Edad<br><i>43</i> | Relación al Niño<br><i>Mother</i> | Dónde van a la escuela los hermanos?<br><i>N/A</i> |
|---------------------------------|--|-------------------|-----------------------------------|--|
|                                 |  |                   |                                   |  |
|                                 |  |                   |                                   |  |
|                                 |  |                   |                                   |  |
|                                 |  |                   |                                   |  |
|                                 |  |                   |                                   |  |

Su familia está sin hogar (temporariamente viviendo con amistades/familia o en albergue/carro/hotel)?  Sí  No

Tiene transporte y puedes llevar y recoger a su hijo(a) del Pre-Kínder?  Sí  No

Mi escuela de asignación es \_\_\_\_\_

Si está desempleado; Mi firma abajo certifica que estoy desempleado y no tengo ingresos de ninguna clase. Si se encuentra que esta información es falsa, yo entiendo que la participación de mi hijo(a) puede ser terminada del Programa de NC de Pre-Kínder.

Mi paquete de aplicación está completó y los ingresos reportados correctamente. Yo certifié que soy el padre/guardián legal del niño cual nombre está en la aplicación.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aplicaciones y documentos relacionados pueden ser enviados por correo o entregados al:

Partnership for Children of Lincoln & Gaston Counties  
 120 Roechling Street  
 Dallas, NC 28034  
 704 -922 -0900

*For Office Use Only* Date Stamp \_\_\_\_\_