



Partners



for Children & Families



Admisión de Aplicaciones de NC Pre-K 2020 – 2021

Por favor envíe por correo o correo electrónico su solicitud con los documentos de respaldo, que aparecen en la página 2 de la solicitud, a las Escuelas del Condado de Moore o a Partners for Children & Families:

Moore County Schools

Attn: Judy Heffner
160 Pinckney Road
Carthage, NC 28327
910-949-2342 ext. 200285
jheffner@ncmcs.org

Partners for Children & Families

Attn: Diane Atherton
7720 NC Hwy 22
Carthage, NC 28327
910-949-4045
datherton@pfcfmc.org

Recibirá una llamada para revisar las respuestas de su solicitud, verificar que haya incluido los documentos requeridos y responder cualquier pregunta que pueda tener sobre la solicitud de NC Pre-K y proceso de selección.

Fecha límite para la presentación de la solicitud completa - 30 de junio de 2020. Los padres de los estudiantes seleccionados serán notificados antes del 31 de julio de 2020.



Programa de Pre-Kinder de Carolina del Norte

Solicitud del Condado de Moore 2020-2021

Apellido del niño: _____ **Nombre del niño** _____ **Fecha de solicitud** _____

Género : Masculino ___ Femenino ___ **Fecha de Nacimiento** _____ **¿Es el niño Hispano?** Sí ___ No ___

Raza (marque todo lo que aplique): Blanco o Americano Europeo ___ Nativo de Hawaii u otra Isla Pacífica Islandés ___
 Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska ___ Afroamericano ___ Asiático ___

Nombre de la Madre / Madrastra / Guardián: _____

Nombre del Padre / Padrastro / Guardián: _____

¿ Custodio legal si no son los padres _____

El niño vive con: Sólo madre Solo padre Ambos padres Apoderado legal Guardián legal

Otros / especificar _____

Enumere a otras personas que vivan con el niño y su relación/parentesco con el niño:

Dirección Física _____ **Dirección Postal** _____

Calle

Calle/ P.O Box

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono Primario _____

Número de teléfono Alternativo _____

Correo Electrónico _____

Tiene Empleo la Madre: Sí ___ No ___

Promedio de horas trabajadas por semana _____

Está la Madre buscando Empleo Sí ___ No ___

Está la Madre asistiendo a Educación Secundaria Sí ___ No ___

Está la Madre asistiendo a la secundaria / GED Sí ___ No ___

Está la Madre asistiendo a Entrenamiento Laboral Sí ___ No ___

Otro Empleo Sí ___ No ___

Explique: _____

Ingresos de la Madre: Sí ___ No ___

Tiene Empleo el Padre: Sí ___ No ___

Promedio de horas trabajadas por semana _____

Está el Padre buscando Empleo Sí ___ No ___

Está el Padre asistiendo a Educación Secundaria Sí ___ No ___

Está el Padre asistiendo a la secundaria / GED Sí ___ No ___

Está el padre asistiendo a Entrenamiento Laboral Sí ___ No ___

Otro Empleo Sí ___ No ___

Explique: _____

Ingresos del Padre: Sí ___ No ___

Salarios actuales ANTES de los Impuestos \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Pensión Alimenticia \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Sustento de menores \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Desempleo \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

SSI/TANF/work First \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Horas Extras \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Salarios actuales ANTES de los Impuestos \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Pensión Alimenticia \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Sustento de Menores \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por semana

Quincenal Semanal

Desempleo \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

SSI/TANF/Work First \$ _____ Anual Mensual

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

Horas Extras \$ _____ Anual Mensuales

Dos veces por mes

Quincenal Semanal

¿Cuál es el idioma principal que habla el niño? _____ **¿Cuál es el idioma principal que hablan los Padres?** _____

¿Tiene su niño alguna condición crónica identificada por un médico? Sí ___ No ___ **Explique(se requiere declaración médica)** _____

¿Recibe su niño Servicios de Educación Especial (tiene un IEP Plan Educativo Individualizado)? Sí ___ No ___

¿Es uno de los Padres /Tutor legal de este niño un miembro activo de las Fuerzas Armadas o fue lesionado en el servicio activo? No _____ Sí _____
 ¿Cuál es el nivel más alto de educación completado por la Madre/Tutor? _____ Padre/Tutor _____
 ¿Hay un historial de abuso / negligencia en la familia? No _____ Sí _____ Explique _____
 ¿Ha estado o está su niño en Foster Care (Programa de Crianza Temporero)? No _____ Sí _____ Explique _____
 ¿Ha sido encarcelado algún miembro de la familia que vive con el niño durante los últimos 12 meses? No _____ Sí _____ Explique _____
 ¿Cuáles son los arreglos actuales de cuidado infantil de su hijo/a? No hay arreglos de cuidado infantil.
 Asiste a guardería infantil. Nombre: _____ Recibe subsidio: Sí _____ No _____
 Asiste a preescolar. Nombre: _____
 ¿Ha asistido previamente su hijo/a a una guardería? Sí No Nombre _____ Fechas asistidas: _____
 ¿Cuál es la escuela cercana a casa? (donde los hermanos o niños en el vecindario asisten) _____
 ¿Puede Proporcionar transporte desde y hacia el salón de clase diariamente? Sí No
 (Usted tiene que proporcionar transporte si la escuela asignada no está en su zona de asistencia)

Indique por favor a qué escuela le interesa que asista su hijo/a (elijá una)

_____ Aberdeen

_____ Carthage

_____ Robbins

_____ Southern Pines

_____ Vass

_____ West End

Comentarios adicionales: _____

Certificaciones de padres / tutores: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información es para determinar la elegibilidad para el programa de Pre-kinder de Carolina del Norte y para recibir los fondos del estado los funcionarios del pre-kinder de Carolina del Norte pueden verificar la información de la solicitud y la información financiera. Esta información no se compartirá con ninguna otra agencia. Renuncio a mis derechos de confidencialidad para estos fines solamente.

Entiendo que si mi hijo/a es seleccionado para participar en el programa de pre-kinder de Carolina del Norte, la participación constante de mi hijo/a y la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo/a. Me comprometo a participar, según lo exijan los criterios de Pre-Kinder de Carolina del Norte. Entiendo que perderé el lugar de mi hijo si él / ella no asiste regularmente.

Certifico que soy el padre o tutor legal del niño por el cual se presenta esta solicitud

Firma del cuidador principal (requerido)

Fecha

Cuidador secundario (si está disponible)

Fecha

Firma para la divulgación de información para programas comunitarios Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo con que mi nombre e información de contacto se divulguen a los programas comunitarios que ofrecen información familiar o servicios educativos para padres e hijos.

Firma: _____ Fecha: _____

Verificación de la documentación 1. Marque el encasillado junto a la documentación proporcionada.

2. Haga copias e incluyalas a este formulario.

3. Todas las solicitudes completadas y presentadas hasta el 30 de junio de 2020 serán consideradas para la ronda inicial de aceptaciones.

- Certificado de nacimiento del Niño
 - Licencia de conducir del padre / tutor, identificación con foto, prueba de residencia
 - Seguro Social del Niño o tarjeta de Medicaid si tiene ciudadanía americana
 - Prueba de ingresos para ambos padres / tutores: registros de impuestos y / o talones de cheque y / o cartas de adjudicación de la administración, comisión de seguridad del empleo y / o declaraciones del empleador y / o órdenes de manutención de los hijos,
- si corresponde: - comprobante de Estado Militar
 - comprobante médico de diagnóstico

El llenar la solicitud NO garantiza la aceptación al Pre-Kinder de Carolina del Norte

Las familias serán notificadas en julio si el niño ha sido aceptado o colocado en una lista de espera.

Si su dirección o número de teléfono cambia, es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros o se considerará al próximo solicitante disponible

Iniciales del Entrevistador _____ Este solicitante ha sido identificado a través de la Ley Mckinney-Vento de personas sin Hogar _____

(marque solo si le corresponde).