



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919)734-1178

Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

Año escolar que solicita _____ Fecha de solicitud: _____ Fecha de matrícula: _____

1er Año
 2do Año

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Nombre legal del niño(a):		Apellido(s)		Primer nombre		Segundo nombre	
Género del niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Fecha de nacimiento:			
Prefiere el nombre:							
Nombre de persona(s) que viven con el niño(a):						Parentesco con el niño(a):	
Dirección:				Dirección Postal: (si diferente)			
Ciudad:		Estado:		Código de área:		Condado:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager				Teléfono alterno: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager			
¿Es el niño(a) ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es el niño(a) residente de Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

INFORMACION MEDICA

Médico del niño(a):		Teléfono oficina:		Dirección:	
Dentista del niño(a):		Teléfono oficina:		Dirección:	
Hospital que prefiere:					
Favor de indicar cuál seguro recibe actualmente este niño(a)? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					
Si le aplica, favor de indicar el número del seguro :					
¿Cuál de los siguientes problemas ó preocupaciones de la salud están relacionados con este niño(a)? <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Comportamiento <input type="checkbox"/> Débil Medicamente <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Problemas Crónicos de la Salud (tales como Asma, Diabetes, Artritis, Obesidad) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significativa de la salud					
Anote cualquier medicamento que el niño(a) esté tomando actualmente:					

CONTACTOS DE EMERGENCIA/INFORMACION DE ENTREGA DEL NIÑO(A)

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona(s) a quien se le(s) pueda entregar este niño(a) además de los padres/tutor(es)					
1	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:
2	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:
3	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:
4	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:
5	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:
6	<input type="checkbox"/> Contacto	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	PARENTESCO:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO:

En caso de una emergencia, yo doy permiso al proveedor, de asegurarle atención médica de emergencia necesaria si no se pueden comunicar inmediatamente, ni con el médico de la familia, ni conmigo. Además, yo entiendo que la atención médica de emergencia se puede obtener en las instalaciones más cercanas con sala de emergencia, sin tomar en cuenta la preferencia expresada del padre/tutor al proveedor.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919)734-1178

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Raza del niño(a): <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawaíi <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar): _____
Raza de los Padres: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar): _____
Etnicidad del Niño(a): <input type="checkbox"/> Hispano ó de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, u otra cultura u origen Hispano) <input type="checkbox"/> No-Hispano/No de Origen Latino
Idioma Principal que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
Segundo Idioma que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
Habilidad? <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Lo domina
Preferencia de comunicación por escrito de la familia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
Estado Paternal: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Adoptivos <input type="checkbox"/> Sin Padre <input type="checkbox"/> Otro
Tamaño Total de la Familia? _____ Tamaño Total del Hogar (cuántas personas viven del ingreso declarado en ésta solicitud)? _____ <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Número de Niños _____ <input type="checkbox"/> Otros Adultos (edad 18+) ¿Cuántos? _____
¿Recibe su familia ayuda de alguno de los siguientes programas? <input type="checkbox"/> AFDC/TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos <input type="checkbox"/> Gratis/Precio rebajado de comidas escolares

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL ADULTO

Nombre y Apellido Anote primero el Adulto Principal	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Estado Civil	(D1) Nivel de Educación	(D2) Estado de Empleo	(D3) Notas Nombre del Patrón, ú ocupación
		M F				
		M F				

Códigos de Estado Civil S - Soltero M - Casado D - Divorciado DS - Conyugue Desplegado Otro _____	D1 - Education Level G9 = Grado 9(o menos) GED G10 = Grado 10 COL = Poca Univ. G11= Grado 11 DRP = Sin Bachillerato MA = Masters STU = Cursando el Bachillerato HSG = Con Bachillerato	D2- Employment Status U= Desempleado T= Estudiando F= Tiempo Competo P= Medio Tiempo B= Estudia & Trabaja L=M-Tiempo y estudia M=Permiso Médico R=Retirado/Incapacitado S= Trabajo Temporal Otro _____
---	---	--

Si está empleado(a), ¿desde cuándo esta la madre (ó principal en el cuidado del niño(a) trabajando en este empleo?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses más de 2 años

Si está empleado(a), ¿desde cuándo esta el padre (ó secundario en el cuidado del niño(a) trabajando en este empleo?
 < 90 días 3-12 meses 13-18 meses 19-24 meses más de 2 años

Si esta desempleado, esta buscando empleo ¿ si no
Esta buscando educación post-secundaria ¿ si no

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL NIÑO(A)

Primer nombre y apellido de los niños en el hogar.	Fecha de nacimiento	Sexo M F	(D1) Paren-tezco con	(D2) Cuál pa-rentezco	(D3) Notas e.j., estado de participación en programa, otro programa, etc.
C01 -----solicitante al programa-----	-----	-----			
C02		M F			
C03		M F			
C04		M F			

(D1) Códigos del Parentezco A01 - Adulto Principal A02 - Adulto Secundario B12 - Ambos Adultos (incluye padrastros)	(D2) Cuál Parentezco C = Hijo Natural F= Hijo Adoptado G = Nieto(a) N= Sobrino(a)	(D3) Código Estado de Participación A= Niño solicitando Y= Muy pequeño N= Prox año solicita O= Muy grande
--	--	--



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919)734-1178

INFORMACION ADICIONAL

Favor de indicar de cuáles de las siguientes agencias ha recibido este niño servicios:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Coordinación de Servicios de la Niñez |
| <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas (Anote condado, estado _____) | <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios del Desarrollo Infantil (DEC) |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Intervención Temprana de la Niñez |
| <input type="checkbox"/> ¿Otra? _____ | |

INFORMACION DE NECESIDADES ESPECIALES

¿Tiene este niño(a) alguna incapacidad ó necesidad especial?

Sospecha Sí No

Si sí, ¿cuál es el diagnostico?: _____

Comentarios: _____

¿Tiene ya el niño(a) un IEP ó IFSP? Sí No

Fecha de Plan: _____

¿Ha sido el niño referido a servicios relacionados con incapacidad?

Sí No

Si Sí, ¿está recibiendo servicios relacionados con incapacidad? Sí No (Si sí, tipo de servicio) _____

Opcional: ¿Alguna necesidad específica o crisis familiar? Sí No (Si sí, explique) _____

Vive en:

- Casa propia, rentada ó apartamento
 Con amigos ó familiares, temporalmente
 En un hotel ó motel En un refugio
 En circunstancias (explique _____)

INFORMACION DE INSTALACION DE COLOCAMIENTO

¿Cuál es la instalación de su preferencia? (por favor numere sus primeras cuatro preferencias de principal a menor)

Instalaciones de Head Start

(Favor de tomar nota el transporte y servicios de día extendido no están disponibles ni garantizados en todos los centros.)

____ Carver ____ Chestnut ____ Belfast ____ Royall Avenue ____ Royall West ____ Herman

Instalaciones de More at Four: (Favor de tomar nota el transporte y servicios de día extendido no están disponibles ni garantizados en todo los centros)

____ Brogden Primary School	____ Bright Beginnings Childcare/Preschool (2)	____ Bright Beginnings II
____ Eastern Wayne Elementary	____ Fremont Stars Elementary	____ Happy Days Childcare/Preschool (2)
____ Carver Elementary (Mt. Olive)	____ North Drive Elementary	____ Northeast Elementary
____ Meadow Lane Elementary	____ School Street Elementary (NCPRE-K)	____ Rosewood Elementary
____ Spring Creek Elementary	____ Small World Childcare/Preschool (5)	____ Tommy's Road Elementary
____ WAGES Carver (1)	____ Wee are the World Childcare (3) (Dudley)	____ WAGES Royall Avenue (3)

¿Está actualmente el niño(a) en jardín infantil ó Pre-kinder? Sí No Si sí, ¿dónde? _____ cuánto tiempo? _____

¿Ha estado alguna vez en jardín infantil ó Pre-kinder? Sí No Si sí, ¿dónde? _____ cuánto tiempo? _____

INFORMACION DE TRANSPORTE

¿Necesita transportación? Sí No (Actualmente sólo se proporciona en WAGES Head Start y Wee Are the World)

Si sí, lugar de pasar a buscar: _____

lugar de pasar a dejar : _____

Si No, cómo llegará el niño(a) a la escuela? Caminando Otro Padre Iniciales del Padre: _____

INFORMACION DEL RECLUTAMIENTO

¿Cómo se enteró del programa? Volante, Folleto, Cartel Empleado de la Agencia Por medio de palabra
 Radio/TV/Prensa Amigo de Familia Otro: _____



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919)734-1178

INFORMACION DE CUIDADO INFANTIL DE DIA EXTENDIDO

¿Recibe este niño(a) ayuda de subsidio para servicios de cuidado infantil? Sí No
 Si No, ¿está el niño(a)/familia actualmente en la lista de espera de subsidio? Sí No
 ¿Va a necesitar de cuidado infantil de día extendido este niño(a)? (WCPS no ofrece horario extendido)
 Sí No
 Si sí, indique todo tipo de cuidado que le aplique: Antes de Escuela Después de Escuela Feriados El Verano
 ¿Tiene la familia arreglo alternativo en caso de no poder brindarle los servicios de cuidado infantil de día extendido? Sí No
 Si sí, ¿con quién?:

INFORMACION DE INGRESOS DE LA FAMILIA

Semanal x 52 = Ingreso Anual Quincenal x 26 = Ingreso Anual Bi-mensual x 24 = Ingreso Anual Mensual x 12 = Ingreso Anual

Miembro de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total Anual Bruto de la Familia				\$	
Otros Adultos Miembros de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total de CACFP Anual Bruto del Hogar				\$	

INFORMACION DE INGRESOS DE FAMILIAS DE MORE AT FOUR

Semanal = Pago Bruto x 4.333 x 12 meses Quincenal = Pago Bruto x 2.167 x 12 meses Bi-mensual = Pago Bruto x 24 Mensual = Pago Bruto x 12 meses

Miembro de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
Ingreso Total Anual Bruto de la Familia				\$	

Ingreso de la Familia Verificado al Revisar lo Siguiente:

___ Talón Cheque ___ Formulario Impuesto Sobre la Renta ___ Manutención ___ Carta del patrón ___ Carta de DSS
 ___ Otro

Basado en la verificación anteriormente declarada, este niño(a) es ___ ELEGIBLE ___ NO-ELEGIBLE para Head Start.

Verificación completada por: _____

INTEGRACION MASCULINA

¿Podría WAGES enviar información concerniente a las actividades del centro a cualquier modelo paternal (padre, tío, abuelo, primo, amigo de la familia, etc..) en la vida de su niño(a)? Si _____ No _____ Iniciales _____

Si afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Nómbre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start/Early Head Start
(919)734-1178

PADRE Y/O TUTOR – FAVOR DE LEER Y FIRMAR:

Yo entiendo que ésta es una solicitud para los servicios ofrecidos y que no constituye la matriculación en cualquiera programa. Yo certifico que la información dada en ésta solicitud es verdadera y correcta y todo ingreso ha sido declarado.

Yo entiendo que ésta información se proporciona con el fin de recibir fondos federales/o del estado, que los funcionarios pueden verificar la información de ésta solicitud y que la mala representación intencionadamente de la información me puede someter a una acusación bajo las leyes federales y/o estatales.

La información en este formulario puede usarse únicamente para determinar la elegibilidad a los programas de Head Start y/o de More at Four. Yo entiendo que voy a dar información que mostrará que yo estoy solicitando para que mi hijo sea considerado para cualquiera de los programas. La administración del programa podrá verificar la información en éste formulario. Yo renuncio a todos mis derechos de confidencialidad únicamente para este propósito.

Yo entiendo que en el caso que mi hijo sea seleccionado para participar en el programa, la participación de los padres de familia será de mayor importancia para el éxito de mi hijo(a). Yo/nosotros nos comprometemos a participar tal como es requisito del criterio del programa.

Yo estoy de acuerdo que cualquier y todo documento que sea concerniente a la matrícula de mi hijo(a) al programa sea entregado al sistema escolar para la matrícula del Kindergarten de mi hijo(a). Yo comprendo que éste consentimiento de entrega de información es voluntario. _____ (iniciales del padre de familia)

Yo certifico que soy el padre/tutor del niño(a) a quien se le está llenando esta solicitud.

Firma de Padre (principal del cuidado) (es requerido)

Fecha

Firma de Padre (secundario al cuidado) (si está disponible)

Fecha

Firma de quién entrevista (es requerido)

Fecha

Verificaciones

<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento del niño(a) (certificado, médico, libro de familia)	<input type="checkbox"/> Identificación Militar de los Padres
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid del niño(a) ó Seguro Privado	<input type="checkbox"/> Comprobante Ingresos (W-2, talón cheque, manutención, etc..)
<input type="checkbox"/> Examen físico del niño(a) (dentro de los últimos 12 meses) Physical Date: _____ H _____ V _____	<input type="checkbox"/> AFDC/TANF (carta indicando dinero otorgado), si le aplica Tarjeta de Estampillas de Alimentos, si le aplica (IEP, registros médicos, carta de organización apropiada) Completo y actualizado IEP
<input type="checkbox"/> Registro de vacunas del niño(a)	<input type="checkbox"/> Verificación de necesidades especiales del niño(a), si le aplica
	<input type="checkbox"/> Otros