



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

<b>Raza del niño(a):</b> <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): _____
<b>Raza de los Padres:</b> <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): _____
<b>Etnicidad del Niño(a):</b> <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
<b>Idioma Principal que se habla en el hogar:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
<b>Segundo Idioma que se habla en el hogar:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
<b>Habilidad?</b> <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Lo domina
<b>Preferencia de comunicación por escrito de la familia:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (favor indicar: _____)
<b>Estado Paternal:</b> <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Adoptivos <input type="checkbox"/> Sin Padre <input type="checkbox"/> Otro
<b>Tamaño Total de la Familia?</b> _____ <b>Tamaño Total del Hogar (cuántas personas viven del ingreso declarado en ésta solicitud)?</b> _____ <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Número de Niños _____ <input type="checkbox"/> Otros Adultos (edad 18+) ¿Cuántos? _____
<b>¿Recibe su familia ayuda de alguno de los siguientes programas?</b> <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				

<b>Códigos de Estado Civil</b> S - Soltero      M - Casado D - Divorciado      DS - Conyugue Desplegado Otro _____	<b>D1 - Education Level</b> G9 = Grado 9(o menos)      GED      AA = Grado Asociado G10 = Grado 10      COL = Poca Univ.      BA = Post Grado G11= Grado 11      DRP = Sin Bachillerato      MA = Masters STU = Cursando el Bachillerato      HSG = Con Bachillerato	<b>D2- Employment Status</b> 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			

<b>(D1) Códigos del Parentezco</b> A01 - Adulto Principal    A02 - Adulto Secundario B12 - Ambos Adultos (incluye padrastos)	<b>(D2) Cuál Parentezco</b> C = Hijo Natural    F= Hijo Adoptado G = Nieto(a)    N= Sobrino(a)	<b>(D3) Código Estado de Participación</b> 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 DÍA 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
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
<b>Ingreso Total Anual Bruto de la Familia</b>				\$	
Otros Adultos Miembros de Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
<b>Ingreso Total de CACFP Anual Bruto del Hogar</b>				\$	

### 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
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
<b>Ingreso Total Anual Bruto de la Familia</b>				\$	

**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