



**Aplicación de Pre-K
2019-2020**

1. Envíe sus solicitud por correo antes del **30 de abril de 2019** a:

**WCS Instructional Services % Donna Beacham - Pre-K Program
PO Box 2048
Wilson, NC 27894**

2. Después de completar su solicitud y enviarla al Departamento de Servicios de Instrucción de WCS, por favor asista a la Sesión de Asesoría de Pre-K en la Escuela Elemental de Vick:

15 de mayo-Nosotros nos comunicaremos con usted para hacer su cita.

3. Solicitudes TIENEN que tener lo siguiente para estar completas:

- Acta de nacimiento y registros de inmunización
- Prueba de Residencia
- Pruebas de ingreso (Ejemplo: Copias de su 1040, W2 del 2018, Manutención de menores ordenada por el tribunal, Beneficios de Seguro Social, SSI, SSA, Beneficios de Desempleo, Beneficios de Trabajadores, Beneficios de Asistencia Pública / Trabajo Primero o tres (3) pagos consecutivos)
- Si es aplicable, documentación de necesidades crónicas de salud y / o desarrollo o educativas y / o IEP.

4. Esta solicitud es para niños que tendrán 4 años de edad antes del 31 de agosto de 2019.

5. Esta es una solicitud de servicios ofrecidos y NO constituye inscripción al programa. La elegibilidad para el programa de Pre-K se basa en la necesidad educativa.

6. El padre o tutor debe ser capaz de proveer transporte.

7. Su hijo debe tener una evaluación de salud dentro de los primeros 30 días de asistencia.

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____



*Información del niño: * El niño debe tener 4 años de edad antes del 31 de agosto de 2019. La elegibilidad se basa en la necesidad educativa. Pre-K está disponible para estudiantes que residen dentro del Condado de Wilson. Las clases están ubicadas en la Escuela Primaria Vick. Tenga en cuenta que hay un número limitado de espacios disponibles en la Escuela Primaria Vick debido a la financiación.*

Nombre del niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____/MM/DD/AAAA

Dirección del Niño/a: _____

Calle Ciudad Estado Zip Condado

Dirección para correo: _____

(si es diferente) Calle Ciudad Estado Zip Condado

Correo Electronico: _____

Etnia / Raza:

- Hispano/Latino
- Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Blanco o Europeo Americano
- Negro o AfroAmericano
- Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico
- Asiático

Género:

- Masculino
- Femenina

Información familiar:

Con quien vive su niño? Se requiere documentación si el niño no reside con los padres.

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

- Madre y Padre
- Madre soltera
- Padre soltero
- Uno de los padres y Padrastro o Madrastra
- Abuelos
- Padres Adoptivos
- Tutor Legal
- Custodia 50/50

Nombre de Madre/Madrastra/Tutora : _____

Vivo con niño/a: Sí o No

Teléfono de Hogar: _____ Número de celular: _____

Número de trabajo: _____

Nombre de Padre/Padrastro/Tutor : _____

Vivo con niño/a: Sí o No

Teléfono de Hogar: _____ Número de celular: _____

Número de trabajo: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR:**NOTA: Se requiere documentación de cada fuente aplicable de ingresos de la familia.**

	Madre / Madrastra / Tutora	Padre / padrastro / Tutor
Por favor marque todos los que apliquen	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado (Si trabaja, por favor indique el promedio de horas trabajadas por semana): _____ • Buscando empleo • Asistiendo a educación secundaria • Asistiendo a entrenamiento laboral • Sin empleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado (Si trabaja, por favor indique el promedio de horas trabajadas por semana): _____ • Buscando empleo • Asistiendo a educación secundaria • Asistiendo a entrenamiento laboral • Sin empleo
Salarios actuales ANTES de impuestos	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal
Pensión alimenticia	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal
Manutención de menores ordenada por el tribunal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal
Compensación del Trabajador	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo) Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

SSI/TANF/Work First	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo)	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo)
	Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal
Horas extra	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo)	\$ _____ Esta cantidad es (por favor circule abajo)
	Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal	Anual Mensual Quincenal Dos veces al mes Semanal

*** Mi firma certifica que actualmente estoy desempleado y no tengo ingresos de ningún tipo. La persona o fuente que provee los gastos básicos de la familia es:**

_____ Yo certifico que esta información es verdadera. Si cualquier parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo en el programa será terminada.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Idioma:

¿Cuál es el idioma que se habla con el niño/a en casa? _____

¿En qué idioma quiere que su hijo sea examinado? _____

Salud:

¿Su niño/a tiene una condición de salud crónica identificada por un profesional médico?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud? _____

*** Documentación de la condición crónica** (Se requiere documentación oficial de un proveedor médico que indique la condición crónica del niño/a.)

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

Necesidad educativa y / o de desarrollo:

¿Ha sido diagnosticado su niño/a con alguna necesidad de desarrollo o educación por parte de un profesional médico?

- Sí
- No

En caso afirmativo, explique _____

¿Ha sido referido este niño/a para su evaluación o identificado con una discapacidad por un profesional médico?

- Sí
- No

¿Se conoce la fecha de referencia: Sí o No

Fecha de referencia para la evaluación de la (s) discapacidad (es): _____

¿Cuál fue la decisión de la evaluación de discapacidad para este niño/a?

¿Tiene este niño/a un Plan de Educación Individualizado activo (IEP)?

- Sí
- No

¿Este niño/a recibe servicios relacionados con la discapacidad?

- Sí
- No

En caso afirmativo, especifique el tipo de servicios de discapacidad:

*** Se requiere documentación que indique la necesidad de desarrollo o educación, si corresponde.**

*** Por favor proporcione una copia del IEP del niño, si corresponde.**

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

Responsabilidad y Participación de los Padres / Tutores (Por favor, indique cada declaración con sus iniciales)

_____ Entiendo que es una solicitud de servicios ofrecidos y NO constituye inscripción en ningún programa.

_____ Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y exacta y todos los ingresos han sido reportados.

_____ Entiendo que esta información se está dando para recibir fondos federales. El personal del programa puede verificar la información sobre esta aplicación. La falsa presentación deliberada de la información puede someterme a procesamiento bajo las leyes federales y / o estatales aplicables.

_____ Doy permiso para que mi hijo reciba evaluaciones de desarrollo de audición, visión, dental y / o exámenes de habla y lenguaje y que los resultados de estos sean compartidos con las Escuelas del Condado de Wilson.

_____ Entiendo que si mi niño/a es seleccionado para participar en el programa Pre-K de las Escuelas del Condado de Wilson, la participación de los padres será crítica para el éxito de mi hijo y yo / nosotros nos comprometemos a participar como requerido por los criterios del programa.

_____ Entiendo que el programa de Pre-K del Condado de Wilson está diseñado para servir a niños en riesgo y que todo esfuerzo será hecho por mí para mantener la inscripción y participación de mi hijo.

_____ Entiendo que necesitaré proporcionar transporte para mi hijo.

_____ Entiendo que mi hijo necesitará una evaluación de salud actualizada y vacunas antes de que él / ella asista al programa.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Relación al niño/a: _____ ** Si el tutor firma, por favor adjunte documentación de la tutela.*

Devuelva esta solicitud original completada por correo o en persona a la escuela o oficina central antes del 30 de abril, 2019 a: WCS Instructional Services % Donna Beacham -Pre-K Program, PO Box 2048 Wilson, NC 27894

**** Las solicitud mandadas por FAX no serán aceptadas.**

****WCS Instructional Services Office Use Only****		
Received by:	Date Received:	Date Processed:

Nombre del niño/a: _____

Fecha: _____

Formulario de Consentimiento
Divulgación de Información

Yo _____, padre / guardián de
(Nombre y Apellido del Padre / Tutor)

(Nombre y apellido del niño/a)

doy mi consentimiento para la divulgación de la información de contacto de mi hijo, información demográfica, puntajes de evaluación, información de la encuesta de padres, información sobre matriculación y asistencia y la escuela a la que asistirá su hijo después del Pre-K a las Escuelas del Condado de Wilson. La divulgación de esta información requiere su consentimiento. Si acepta la divulgación de esta información, firme y devuelva este formulario.

Firma del Padre o Tutor (Consentimiento): _____

Fecha: _____

¿Qué escuela planea asistir su hijo después de Pre-K?
