



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start
(919)734-1178

Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

Año Escolar que Solicita: _____ Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Matriculación: _____

1^{er} Año
 2^{do} Año

INFORMACION DEL NIÑO(A) y la FAMILIA

Nombre Legal del Niño(a):		Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social del Niño(a):				Fecha de Nacimiento:			
Género del Niño(a):		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		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 Area:		Condado:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager				Teléfono Alternante: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje () - <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager			
¿Es el niño(a) residente 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 Medicamento <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) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significativa de la salud					
Anote cualquier medicamento que el niño(a) actualmente está tomando:					

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

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona a quien se le pueda entregar este niño(a) (otro del padre/tutor):					
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:
7	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:
8	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ()	
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado:	Código:

En el caso de una emergencia, Yo le doy permiso al proveedor de asegurarle la atención médica de emergencia necesaria en el caso que no se puedan comunicar inmediatamente ni con el médico de la familia ni conmigo. Además, Yo entiendo que la



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start
(919)734-1178

atención médica de emergencia se puede obtener de 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: _____

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

Raza del niño(a): Negro Blanco Bi-Racial/Multi-Racial Indígena Americano/Nativo de Alaska
 Isleño del Pacífico Asiático Hispano/Latino Otro(favor indicar): _____

Raza de los Padres: Negro Blanco Bi-Racial/Multi-Racial Indígena Americano/Nativo de Alaska
 Isleño del Pacífico Asiático Hispano/Latino Otro (favor indicar): _____

Etnicidad del Niño(a): Hipano o de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, u otra cultura u origen Hispano)
 No-Hispano/No de Origen Latino

Idioma Principal que se habla en el hogar: Inglés Español Otro (favor indicar: _____)

Segundo Idioma que se habla en el hogar: Inglés Español Otro (favor indicar: _____)

Habilidad? Poco Medio Lo domina

Preferencia de comunicación por escrito de la familia: Inglés Español Otro (favor indicar: _____)

Estado Paternal: Un padre Dos padres Adoptivos Sin Padre Otro

Tamaño Total de la Familia? _____ **Tamaño Total del Hogar (cuántas personas viven del ingreso declarado en ésta solicitud)?** _____
 Madre Padre Número de Niños _____ Otros Adultos (edad 18+) ¿Cuántos? _____

¿Recibe su familia ayuda de alguna de las siguientes ?
 AFDC/TANF Estampillas de Alimentos Gratis/Rebajado precio de comidas escolares

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL ADULTO

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

<u>Códigos de Estado Civil</u>	<u>D1 – Education Level</u>	<u>D2- Employment Status</u>
S - Soltero M – Casado D - Divorciado DS – Conyugue Desplegado Otro _____	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	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, desde cuándo esta la madre (o 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, desde cuándo esta el padre (o 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

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL NIÑO(A)

Primer nombre y apellido de los niños en el hogar.	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Sexo	(D1) Paren-tezco con	(D2) Cuál pa-entezco	(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			
C05			M F			
C06			M F			



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start
(919)734-1178

C07		M F	
(D1) Códigos del Parentezco A01 - Adulto Principal A02 – Adulto Secundario B12 – Ambos Adultos (incluye padrastrós)	(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	

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 diagnóstico: _____
Comentarios: _____
Tiene ya el niño(a) un IEP ó IFSP? Sí No
Fecha de Plan: _____
¿Ha sido el niño derivado 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): _____

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 son disponibles ni garantizados en todos los centros.)
 ___ Carver ___ Chestnut ___ Pikeville ___ Royall Avenue ___ Royall West

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

___ Brogden Primary School	___ Bright Beginnings Childcare/Preschool	___ Carver Elementary
___ Eastern Wayne Elementary School	___ Fremont Elementary School	___ Happy Days Childcare/Preschool
(2) ___ Kids and Company	___ North Drive Elementary School	___ Northeast Elementary School
___ Meadow Lane Elementary	___ Mt Olive Kiddie Kollege	___ Rhyme University
___ Rosewood Elementary School	___ SJAFB Child Development Center (2)	___ School Street Elementary School (2)
___ Spring Creek Elementary School	___ Small World Childcare/Preschool (5)	___ Tommy's Road Elementary School
___ WAGES Carver	___ WAGES Chestnut	___ WAGES Pikeville
___ WAGES Royall Ave (4)	___ WAGES Royall West	___ Wee Are the World Childcare (3)
___ Wonderland	___ Otro	

¿Está actualmente el niño(a) en jardín infantil o Pre-kinder? Sí No Si sí, dónde: _____ cuánto tiempo? _____
 ¿Ha estado alguna vez en jardín infantil o Pre-kinder? Sí No Si sí, dónde: _____ cuánto tiempo? _____

INFORMACION DE TRANSPORTE

¿Necesita transportación? Sí No
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: _____

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



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start
(919)734-1178

¿Va a necesitar de cuidado infantil de día extendido este niño(a)? 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 ___ W-2 Formulario(s) ___ 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
(919)734-1178

Nómbre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona postal:** _____

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

Yo entiendo que esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y que no constituye en la matriculación en cualquiera programa. Yo certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y correcta y todo ingreso ha sido declarado. Yo entiendo que esta información se proporciona con el fin de recibir fondos federales/o del estado; que los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud; y que la mala representación intencionalmente 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 podrán verificar la información en este formulario. Yo renuncio a todos mis derechos de confidencialidad únicamente para este propósito.

Yo entiendo que en el caso que mi hijo sea escogido 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 un requisito del criterio del programa.

Yo estoy de acuerdo que cualquier y todo documento que sea concerniente con la matricula de mi hijo(a) al programa sea entregado al sistema escolar para la matricula 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 yo soy el padre/tutor del niño a quien se le está llenando esta solicitud.

Padre (Principal del Cuidado) Firma (es requerido)

Fecha

Padre (Secundario al Cuidado) Firma (si es disponible)

Fecha

Firma de Quién Entrevista (es requerido)

Fecha

Verificaciones

<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento del Niño(a)	<input type="checkbox"/> Identificación Militar de los Padres
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social del Niño(a)	<input type="checkbox"/> Comprobante Ingresos (W-2, talón cheque, manutención, etc..)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid del Niño(a) o Seguro Privado	<input type="checkbox"/> AFDC/TANF (carta indicando dinero otorgado), si le aplica
<input type="checkbox"/> Examen Físico del Niño(a) (dentro de los últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Estampilla de Alimentos, si le aplica



Wayne Co Partnership for Children
(919)735-3371



WAGES Head Start
(919)734-1178

Registro de Vacunas del Niño(a)

Verificación de necesidades especiales del niño, si le aplica