



Nash County Public Schools



Edgecombe County Public Schools



# 2021-2022

## FORMULARIO DE SOLICITUD NASH/EDGECOMBE PRE-K

Para participar en estos programas Pre-K, su hijo debe tener cuatro años de edad el 31 de agosto o antes del año actual del programa y debe cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- El ingreso bruto de la familia es o inferior al 75% del nivel de ingresos medios del Estado
- El niño tiene una discapacidad del desarrollo identificada
- El niño tiene un dominio limitado del inglés (LEP) según lo indicado por la familia y/o el niño que habla inglés limitado o sin inglés en el hogar
- El niño tiene una necesidad educativa según lo indicado por los resultados de desempeño del niño en un examen de desarrollo aprobado o en un Plan de Educación Individualizado (IEP) existente
- El niño tiene una condición de salud crónica según lo indicado por el diagnóstico de un profesional de la salud
- El niño y la familia se identifican como personas sin hogar
- El niño es miembro de una familia militar elegible

**\*\*La determinación de elegibilidad no garantiza una colocación en un programa Pre-K. La colocación también se determina por la disponibilidad de fondos\*\***

Complete la solicitud **COMPLETA** e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- Certificado de nacimiento oficial
- 30 días consecutivos de recibos para los padres/guardián del niño o un formulario de salario completado firmado por el empleador (la información de pago no debe ser más de dos meses antes de la fecha en la solicitud)
- Copia del registro de inmunización actual
- Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: Seguro Social (SSA), Discapacidad SSI, Manutención de Niños, etc.
- Copia de la evaluación de salud más reciente/informe de visita del niño sano

**Prueba de residencia: Proporcione dos (2) pruebas de residencia**

- **¿Tienes una casa?** Proporcione una copia de la escritura, un estado de cuenta hipotecario o un estado de cierre de HUD.
- **¿Alquilas?** Proporcione una copia del contrato de alquiler.
- **¿Vives en la casa de otra persona?** Proporcione una declaración jurada de residencia notariada Y su declaración hipotecaria, escritura o arrendamiento.
- **También se requiere UNO de los siguientes elementos:**
  - Una factura de gas, agua, electricidad, teléfono, o cable.
  - Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte o una tarjeta de identificación.
  - Talón de pago, extracto bancario O estado de cuenta de tarjeta de crédito fechado en los últimos 30 días.
  - Registro de vehículos actuales, factura de impuestos de vehículos, factura de impuestos sobre la propiedad, tarjeta W-2 O Medicaid fechada en el año anterior.
- **O Copia de uno de los siguientes puntos:** Carta de una agencia aprobada; Carta de reasentamiento de refugiados; Copia del arrendamiento de la Autoridad de Vivienda; O Carta/Declaración del hotel/motel si es posible.

**Pre-K está disponible en una variedad de entornos en los condados de Nash y Edgecombe, incluyendo centros privados de cuidado infantil, Head Start y escuelas públicas. La siguiente es una lista de proveedores de Pre-K para 2020-2022 – Revise la lista y seleccione sus opciones de primera, segunda y tercera ubicación.**

**Comuníquese con Family First si necesita ayuda para elegir un proveedor al (252) 985-4300 ext. 220**

- Apple Tree Wee School – Rocky Mount
- AJ Richardson Head Start – Rocky Mount
- Old Carriage Road Head Start – Rocky Mount
- Edgecombe County Public Schools
- Nash County Public Schools
- Foundation Builders Academy – Rocky Mount
- Joyland Preschool – Nashville
- Little Grown Ups Child Care – Battleboro
- St. Stephen's Loving Daycare – Rocky Mount
- Stepping Stone Preschool and Child Care – Nashville
- Think and Grow Child Care Center #3 – Tarboro

1st Opción: \_\_\_\_\_ 2nd Opción: \_\_\_\_\_ 3rd Opción: \_\_\_\_\_

**\*\*Contract Administrator Use Only\*\***

Child's Name: _____ Date Processed: _____ Processed by: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">         Stamp here.       </div>
---	---

## INFORMACIÓN DE PADRE/ GUARDIÁN

**PRIMER PADRE/ GUARDIÁN – El niño debe vivir en el mismo hogar que la(s) persona(s) que se enumeran a continuación.**

Padre/Guardián Nombre: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de Casa: (Por favor incluya zip) _____	Dirección de envío: (Si es diferente de casa – Por favor incluya zip) _____
Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____
Correo electrónico _____	
Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Other _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o)
Empleo/Estado Escolar: (marque todo lo que corresponda)	<b>** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto.</b> <b>**Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.</b>
Cheque Recibido:	
<input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado	
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral	
<input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	

**¿Hay otro padre o guardián que viva en el hogar con el niño?  SÍ  NO**

**\*\*Si no hay un segundo padre en el hogar debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta\*\***

**SEGUNDO PADRE/ GUARDIÁN - Debe completar la información para cada padre en el hogar.**

Padre/Guardián Nombre: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Other _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o)
Empleo/Estado Escolar: (marque todo lo que corresponda)	<b>** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto.</b> <b>**Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.</b>
Cheque Recibido:	
<input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado	
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral	
<input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad	
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	

### ESTADO MILITAR DE PADRE/ GUARDIÁN

¿Este niño tiene un padre/guardián que es miembro activo del ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño un padre/ guardián que recibió la orden de servicio activo en los últimos 18 meses o se espera que se le ordene en los próximos 18 meses o herido y/o está recibiendo retiro por discapacidad militar o fue asesinado mientras servía en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

# INFORMACIÓN INFANTIL

Por favor complete la información para cada niño que necesite servicios de Pre-K.

## Niño/Niña #1

<b>Nombre completo del niño:</b> (como en el certificado de nacimiento) _____		
<b>Fecha del niño de nacimiento:</b> _____	<b>Género del niño:</b> <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	<b>Etnicidad del niño:</b> ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza del niño:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____ (marque todo aplicar)		<b>Estado familiar:</b> ¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ (marque uno solo)

### INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

#### ¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)  
Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_
- Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil
- Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
- El padre se queda en casa con el niño

#### ¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- Recibir asistencia con el cuidado de niños de:
- Programa de Becas DEPC
  - Departamento de servicios sociales
  - NEED/Head Start
  - Otro: \_\_\_\_\_
- No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

### NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

#### ¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? SÍ NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:  
\_\_\_\_\_

#### ¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? SÍ NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:  
\_\_\_\_\_

#### ¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? SÍ NO No lo sé

## Niño/Niña #2

<b>Nombre completo del niño:</b> (como en el certificado de nacimiento) _____		
<b>Fecha del niño de nacimiento:</b> _____	<b>Género del niño:</b> <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	<b>Etnicidad del niño:</b> ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza del niño:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____ (marque todo aplicar)		<b>Estado familiar:</b> ¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ (marque uno solo)

### INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

#### ¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)  
Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_
- Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil
- Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
- El padre se queda en casa con el niño

#### ¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- Recibir asistencia con el cuidado de niños de:
- Programa de Becas DEPC
  - Departamento de servicios sociales
  - NEED/Head Start
  - Otro: \_\_\_\_\_
- No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

### NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

#### ¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? SÍ NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:  
\_\_\_\_\_

#### ¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? SÍ NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:  
\_\_\_\_\_

#### ¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? SÍ NO No lo sé

## INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe: escribe \$0 si no sé recibe ninguna.

Beneficios para veterano: \$_____ por mes	Beneficios de desempleo: \$_____ por mes
Segura Social (SSA): \$_____ por mes	Compensación de trabajadores: \$_____ por mes
Discapacidad de SSI: \$_____ por mes	Otro: _____ \$_____ por mes
Manutención de los hijos: \$_____ por mes	Otro: _____ \$_____ por mes

\*\* Debe proporcionar documentación escrita para todas las fuentes de ingresos adicionales \*\*

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

**\*\* Por favor enumere TODAS personas que viven en la dirección del hogar figura en esta solicitud, incluido el niño \*\***

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	<i>01/01/1988</i>	<i>Madre</i>

Número total de miembros de la familia en el home (incluido el niño): \_\_\_\_\_

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

- Inglés  Español  Árabe  Chino  Hindi  Vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_ (por favor especifique)

Lo que mejor describe la situación de vida actual de su familia:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permanente  | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel                             |
| <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia             | <input type="checkbox"/> Hospital por 30 días o menos            |
| <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados                    | <input type="checkbox"/> Falta de adiciones nocturnas permanente |
| <input type="checkbox"/> Vivir con un amigo/familiar debido a la pérdida de vivienda |  |

# Formulario De Salario

## Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos.

**\*\*Si no tiene recibos de sueldo**, haga que su **empleador actual complete y firme** el siguiente formulario.

Enumere los salarios brutos de days antes del mes actual. Por favor complete para **cada** padre/guardián.

**PADRE/GUARDIÁN #1:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Empleador:** \_\_\_\_\_

**Cheque recibido:**  Una vez por semana  Cada dos semana  Dos veces al mes (ex. 1<sup>st</sup> & 15<sup>th</sup>)  Una vez al mes

**Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras**

Período de pago	Pago bruto (ANTES deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (SI corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

**Firma del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Empleador/Empresa:** \_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIÁN #2:** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Empleador:** \_\_\_\_\_

**Cheque recibido:**  Una vez por semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes (ex. 1<sup>st</sup> & 15<sup>th</sup>)  Una vez al mes

**Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras**

Período de pago	Pago bruto (ANTES deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (SI corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

**Firma del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Empleador/Empresa:** \_\_\_\_\_

**Declaración de No Ingresos**  
**Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K**

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos.

Yo \_\_\_\_\_, certificar comopadre(s)/cuidador(es) legal(s) \_\_\_\_\_, tiene cero ingresos en el momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y reportada con precisión.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Cuidador Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy

**Responsabilidad Parental y Acuerdo**  
 (Por favor, INICIAL para cada declaración)

INICIAL AQUI	RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE PADRES
	Doy permiso para que mi hijo sea evaluado y referido a los programas y agencias de Atención Temprana y Educación asociados con Down East Partnership for Children para incluir escuelas públicas del condado de Edgecombe, escuelas públicas del condado de Nash, programas Nash/Edgecombe Pre-K, Departamento de Servicios Sociales, N.E.E.D., Inc. – Head Start, y la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.
	Autorizo que mi familia sea remitida a Down East Partnership for Children's Family First Line para evaluar los recursos adicionales de la comunidad y recibir información sobre la elección de un cuidado infantil de calidad
	Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar, se espera un compromiso familiar. Como equipo con el sitio de mi hijo y los maestros para ayudar a preparar a mi hijo para el éxito futuro.
	Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de la familia. Si mi programa Pre-K ofrece transporte, me adheriré a las reglas y regulaciones de sus políticas de transporte.
	Entiendo que si hay un cambio en la dirección de mi hijo, número de teléfono o asistencia en cualquier tipo de cuidado con licencia, o si hay un cambio en el tamaño de la familia o los ingresos familiares, es mi responsabilidad notificar a Down East Partnership for Children e informarles de cualquier cambio.
	Entiendo que mi hijo necesitará una evaluación de salud actualizada y actualizada dentro de <u>los 30 días</u> posteriores a su primer día asistiendo a un programa pre-K.
	Entiendo que mi hijo puede ser colocado en una lista de espera.

**La tergiversación deliberada puede someterme a un proceso bajo las leyes NC. Mi paquete de solicitud está completo, y los ingresos se informan correctamente. Certifico que soy el padre/cuidador legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Debe firmar a continuación.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Cuidador Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*\*\*Si no es el padre, la documentación oficial de tutela/custodia puede ser requerida\*\**