



Información acerca de la Aplicación del Pre-K de NC para el año 2018-2019

La Asociación para Niños del Condado de Guilford comenzará a aceptar aplicaciones el 8 de enero de 2018. Las aplicaciones presentadas antes del 13 de abril de 2018 serán consideradas para las Escuelas del Condado de Guilford, Head Start y los sitios privados de Cuidado Infantil. Las solicitudes presentadas después del 13 de abril de 2018 solo serán consideradas para los sitios Head Start y los sitios privados de Cuidado Infantil.

Esta aplicación es para los niños que tendrán cuatro años antes del 31 de agosto de 2018.

Por favor únase a nosotros para uno de nuestros eventos opcionales con referencia a esta aplicación. Vea la siguiente página para obtener una lista de lugares, fechas, y horarios: <http://www.guilfordchildren.org/families/nc-pre-k-4-yr-olds/>.

Las aplicaciones DEBEN tener lo siguiente para estar completas:

- Prueba de nacimiento (Ej. Certificado de nacimiento, registros médicos y de inmunización)
- Prueba de ingreso (Ej. Copia del 1040, W2 del 2017, Manutención de Niños ordenada por la corte, Beneficios de Desempleo, Compensación de Trabajadores, o tres (3) talonarios de pago consecutivos)
- Prueba de residencia esto puede ser una (Ej. Copia de la factura de servicios públicos actual o del contrato de alquiler)
- Si aplica: Documentación de salud crónica, servicio militar de los padres, necesidades de desarrollo o educativas y / o IEP.

No hay cargos por ninguno de nuestros sitios. El Pre-K de NC es financiado por la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.

Las escuelas del Condado de Guilford no brindan servicios de transporte o cuidado integral o extraescolar. Guilford Child Development Head Start y sitios privados pueden proveer servicios integrales, según la demanda de los padres. Algunos Head Start y sitios privados ofrecen transporte. Por favor, póngase en contacto con el sitio directamente para consultar sobre el transporte.

Si colocan a su hijo en una clase de NC Pre-K, no se requiere una evaluación de salud dentro de los primeros 30 días de asistencia. La evaluación de salud no es necesaria para enviar una solicitud.

Devuelva la aplicación original y la documentación por correo o en persona al:

**Guilford County Partnership for Children
500 West Friendly Avenue, Suite 100
Greensboro, NC 27401**

Las aplicaciones enviadas por fax no serán aceptadas.



Aplicación del Pre-K de NC para el Condado de Guilford 2018-2019

Las solicitudes presentadas antes del 13 de abril de 2018 serán consideradas para las escuelas del condado de Guilford, Head Start y sitios privados de cuidado infantil. Las solicitudes presentadas después del 13 de abril de 2018 solo serán consideradas para los sitios Head Start y sitios privados de cuidado infantil.

INFORMACION DEL NIÑO

El niño debe tener 4 años cumplidos el 31 de agosto de 2018 o antes.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ (MM/DD/AAAA)
Primer Segundo Nombre Apellido

Dirección del Niño _____
Calle Ciudad Estado Código postal Condado

Dirección de Correspondencia _____
Si es diferente que el anterior Calle Ciudad Estado Código postal

Correo Electrónico _____ @ _____

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza (marque todo lo que aplique): Blanco o Americano Europeo Nativo de Hawái U otra Isla Pacífica Islandés
 Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro Americano Asiático

Género: Masculino Femenino

INFORMACION DE FAMILIA

¿Con quién vive el niño? Documentación es requerida si el niño no vive con los padres.

Madre y Padre Solo Madre Custodio Legal Custodia 50/50
 Solo Padre Padres de Crianza Guardián Legal Otro: _____

Madre/Madrastra/Tutor _____ Reside con el niño SI NO

Número de teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono del trabajo _____ Acepta texto SI NO

Padre/Padrastra/Tutor _____ Reside con el niño SI NO

Número de teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono del trabajo _____ Acepta texto SI NO

Total number of persons in child's family, including the NC Pre-K child: _____

Por favor escriba los nombres de <u>TODOS</u> los miembros de la familia que viven en el hogar.	Relación con el Niño de NC Pre-K	Edad
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Child's name: _____

Ingreso Familiar

NOTA. Se requiere documentación de cada fuente aplicable de los ingresos de la familia.

Madre/Madrastra/Nombre del Guardián: _____

Por favor marque los que apliquen:

Empleada: SI NO (Si esta empleada, por favor indique el promedio de horas trabajadas por semana): _____

En busca de empleo: _____ Asistiendo educación secundaria: _____

Asistiendo a la escuela secundaria / GED: _____ Asistiendo entrenamiento de trabajo: _____

Los Salarios Actuales ANTES de Impuestos	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Pension Alimenticia	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Sustento de Menores	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Compensacion al trabajador	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Horas Adicionales	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal

***Mi firma certifica que actualmente estoy desempleada y no tengo ingresos de ningún tipo. Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, yo entiendo que la participación de mi hijo en el programa puede ser terminada.**

Firma de Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

Padre/Padrastra/Nombre del Guardián: _____

Por favor marque los que apliquen:

Empleado: SI NO (Si esta empleado, por favor indique el promedio de horas trabajadas por semana): _____

En busca de empleo: _____ Asistiendo educación secundaria: _____

Asistiendo a la escuela secundaria / GED: _____ Asistiendo entrenamiento de trabajo: _____

Los Salarios Actuales ANTES de Impuestos	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Pension Alimenticia	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Sustento de Menores	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Compensacion al trabajador	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal
Horas Adicionales	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal

***Mi firma certifica que actualmente estoy desempleado y no tengo ingresos de ningún tipo. Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, yo entiendo que la participación de mi hijo en el programa puede ser terminada.**

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

Child's name: _____

Lenguaje

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

¿Su hijo es competente en inglés? SI NO

¿En qué idioma le gustaría que su hijo sea evaluado? Inglés Español AAraabe Vietnamita Francés
(marque solo una) Swahili Birmano Rada Montagnard Jaria

Salud

Se requiere documentación de enfermedad crónica evaluación de la salud del niño o nota firmada de un proveedor médico indicando la enfermedad crónica del niño.

¿Tiene su niño alguna condición **crónica** identificada por un proveedor medico? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de salud? _____

Servicio Militar

Se requiere documentación del servicio militar de los padres (incluyendo el servicio activo actual y lesiones graves o muerte como consecuencia del servicio militar).

¿Es por lo menos uno de los padres o tutor legal de este niño un miembro activo de las fuerzas armadas, o el padre o tutor legal de este niño ha sido gravemente herido o muerto durante el servicio activo? SI NO

Colocación Previa del Niño (marque solo una)

- Mi hijo anteriormente nunca recibió servicios en ningún ambiente preescolar o guardería.
- Mi hijo está actualmente sin servicios (en casa ahora, pero antes pudo haber estado en el cuidado de niños o algún otro programa preescolar).
- Mi hijo está en un cuidado de niños que no es regular.
- Mi hijo está en un centro calificado con una o dos estrellas.
- Mi hijo no está recibiendo subsidio, pero está asistiendo a un tipo de cuidado infantil o programa preescolar regular.
- Mi hijo está recibiendo subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil o programa preescolar regular.

¿Fue su niño atendido previamente por un sitio de Pre-K de Carolina del Norte cuando tenía tres años? SI NO

Desarrolló y/o Necesidad Educativa

¿Ha sido referido este niño para una evaluación o identificación con una discapacidad por un profesional? SI NO

¿Sabe el día que fue referido? SI NO

Fecha del referido de evaluación de discapacidad _____

¿Cuál fue la decisión de la evaluación de la discapacidad para este niño? Ninguna discapacidad identificada
 Decisión de la evaluación en proceso
 Una o más discapacidades identificadas
 No lo se

Tipos de discapacidades identificadas para este niño. Marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/> Autista	<input type="checkbox"/> Multi-minusvalidos	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Desarrolló preescolar retrasado
<input type="checkbox"/> Sordo-ciego	<input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	

¿El niño tiene un Plan de Educación Individualizada activo (IEP) con las la Escuela del Condado de Guilford? SI NO

¿Ha sido referido este niño para servicios relacionados con la discapacidad? SI NO

¿Este niño recibe servicios relacionados con la discapacidad? SI NO Por favor especifique el tipo de servicios de discapacidad _____

*** Se requiere documentación que indique la necesidad tanto del desarrollo como educativas para el niño si es aplicable.**

***Por favor proporcione una copia del IEP de su niño**

Child's name: _____

Responsabilidad de los Padres y Participación (Escriba sus iniciales en cada declaración)

_____ Entiendo que se trata de una solicitud de los servicios ofrecidos y no constituye la inscripción en ningún programa.

_____ Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y todo el ingreso han sido reportado.

_____ Entiendo que esta información es dada para el recibir fondos federales y estatales. El personal del programa podrá verificar la información en esta solicitud. La falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado bajo las leyes federales y / o estatales aplicables.

_____ Autorizo a las agencias asociadas de Pre-K (Asociación del Condado de Guilford para la Infancia, las Escuelas del Condado de Guilford, Guilford y Desarrollo Infantil - Head Start) para intercambiar de información con respecto a mi hijo con el propósito de determinar la elegibilidad para el programa de pre-K con financiados por el estado y gobierno federal y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.

_____ Yo doy permiso para que mi hijo reciba la atención necesaria para su desarrollo en las áreas de audición, visión, dental, el habla/ lenguaje y la detección de los resultados será compartidos con la asociación del Programas de Pre-K (Asociación del Condado de Guilford para Niños, Escuelas Públicas del Condado de Guilford y el Desarrollo Infantil de Guilford - Head Start).

_____ Entiendo que, si mi hijo es seleccionado para participar en el programa NC Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo y yo / nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios del programa.

_____ Entiendo que NC Pre-K está diseñado para servir a los niños en riesgo y que todos los esfuerzos se harán por mí y el programa de NC Pre-K para mantener la Inscripción y la participación de mi hijo.

_____ Yo entiendo que soy responsable de proporcionar transportación para mi hijo si la transportación no está disponible en la escuela de mi hijo.

_____ Entiendo que mi hijo necesitara una evaluación de salud y vacunas actualizados antes de que él / ella asista a un programa.

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

Relación con el niño: _____ * Si es el tutor que firma, por favor agregar la documentación de tutoría.

Devuelva la aplicación original completada y la documentación por correo o en persona al:

**Guilford County Partnership for Children
500 West Friendly Avenue, Suite 100
Greensboro, NC 27401**

Las aplicaciones enviadas por fax no serán aceptadas.

Las aplicaciones deben tener lo siguiente para completarse. Verifique cada elemento a continuación para indicar que se adjunta documentación a la aplicación

- Prueba de nacimiento
- Prueba de ingresos
- Prueba de residencia
- Si corresponde, documentación de condiciones de salud crónicas, servicio militar de los padres, necesidades de desarrollo o educativas y / o IEP

★★★CONTRACT ADMINISTRATOR USE ONLY★★★

Received by: _____ Date Received: _____ Date Processed: _____

Child's name: _____

Forma de Pre-Kindergarten de Sitios de Interés

Puede elegir un máximo de cuatro sitios y enumerarlos en el espacio designado en la parte de atrás de este formulario. Enumérelos en orden de su preferencia con "1" indicando el sitio más conveniente para usted. La mayoría de los sitios no brindan transporte. Los sitios con un asterisco pueden ofrecer servicios de transporte dentro de una distancia limitada.

Escuelas del Condado de Guilford - Greensboro

Alamance Elementary	3600 Williams Dairy Rd. 27406
Alderman Elementary	4211 Chateau Dr. 27407
Archer Elementary	2610 Four Seasons Blvd. 27407
Bessemer Elementary	918 Huffine Mill Rd. 27405
Brightwood Elementary	2001 Brightwood School Rd. 27405
Cone Elementary	2501 N. Church St. 27405
Falkener Elementary	3931 Naco Rd. 27401
Foust Elementary	2610 Floyd St. 27406
Frazier Elementary	4215 Galway Dr. 27406
Gateway Education Center**	3205 E Wendover Ave. 27405
Gillespie Elementary	1900 Martin Luther King Dr. 27406
Guilford Elementary	920 Stage Coach Trl. 27410
Hunter Elementary	1305 Merritt Dr. 27407
Irving Park Elementary	1310 Sunset Dr. 27408
Jefferson Elementary	1400 New Garden Rd. 27410
Jones Elementary	502 South St. 27406
Joyner Elementary	3300 Normandy Rd. 27408
Lindley Elementary	2700 Camden Rd. 27403
McNair Elementary	4603 Yanceyville Rd. 27214
Peck Elementary	1601 West Florida St. 27403
Pilot Elementary	4701 Chimney Springs Dr. 27407
Rankin Elementary	1501 Spry St. 27405
Reedy Fork Elementary	4571 Reedy Fork Pkwy. 27405
Sedgefield Elementary	2905 Groometown Rd. 27407
Simkins Elementary	3511 E. Lee. St. 27406
Southern Elementary	5720 Drake Rd. 27406
Sternberger**	518 N. Holden Rd. 27410
Vandalia Elementary	407 E. Vandalia Rd. 27406
Wiley Elementary	600 West Terrell St. 27406

Guilford Child Development Head Start - Greensboro

Bristol	2004 Bristol Road 27406
Council House	602 Hyde Dr. 27406
Elm St.	1207 S. Elm St. 27406
McElveen *	3515 N. Church St. 27405
Poplar Grove *	5500 Summit Ave. 27405
Ray Warren	715 Burbank St. 27406
Shiloh	1210 S. Eugene St. 27406

Cuidado Infantil Privado- Greensboro

Bennett College	600 Gorrell St. 27401
Childcare Network #56 *	1405 W. Friendly Ave. 27403
Childcare Network #157 *	5527 W. Market St. 27409
Childcare Network #162 *	2200 W. Vandalia Rd. 27407
Childcare Network #163 *	1907 Adams Farm Pkwy. 27407
Educational Playtime Too!	2300 Spring Garden St. 27403
Hayes Taylor YMCA Childcare	2630 E. Florida St. 27401
His Glory Child Development	3223 Yanceyville St. 27405
K.I.D.S, INC.	624 Gate City Blvd. 27406
Kids 'R' Kids 1	4230 Regency Dr. 27410
Kids 'R' Kids 2	514 Pisgah Church Rd. 27455
Phillips Ave. Child Dev	2312 Phillips Ave. 27405
Quality Child Care	2313 Yanceyville St. 27405

Ver el otro lado atrás para High Point, Jamestown, y otras ubicaciones.

Debido a la disponibilidad de espacio, los sitios están sujetos a cambios.

** Los sitios pueden ofrecer transporte limitado. Póngase en contacto con los sitios directamente para más información.*

*** Se debe seleccionar una segunda opción al elegir uno de estos sitios.*

Child's name: _____

Escuelas del Condado de Guilford – High Point

Allen Jay Elementary	1311 E. Springfield Rd. 27263
Fairview Elementary	608 Fairview St. 27260
Kirkman Park Elementary	1101 Centennial St. 27262
Montlieu Elementary	1105 Montlieu Ave. 27262
Northwood Elementary	818 W. Lexington Ave. 27262
Oak Hill Elementary	320 Wrightenberry St. 27260
Oak View Elementary	614 Oakview Rd. 27265
Parkview Elementary	506 Henry Pl. 27260
Shadybrook Elementary	503 Shadybrook Dr. 27265
Union Hill Elementary	3523 Triangle Lake Rd. 27260
Florence Elementary	7605 Florence School Dr. 27265

Guilford Child Development Head Start- High Point

Carl Staley*	2039 Brentwood St. 27263
Macedonia*	401 Lake Ave. 27263

Cuidado Infantil Privado – High Point

Childcare Network #242 *	1307 E. Fairfield Rd. 27263
DePaul Academy	1605 E. MLK Jr Dr. 27260
Kid Appeal Learning Center	1010 Greensboro Rd. 27260
KinderNoggin	2066 Deep River Rd. 27265
Triad Child Dev	311 Old Winston Rd. 27265

Escuelas del Condado de Guilford – Jamestown

Haynes-Inman Education Center**	200 Haynes Rd. 27282
Jamestown Elementary	108 Potter Dr. 27282
Millis Road Elementary	4310 Millis Rd. 27282

Cuidado Infantil Privado – Jamestown

Childcare Network #237 *	5121 Mackay Rd. 27282
--------------------------	-----------------------

Escuelas del Condado de Guilford – Otras Ubicaciones

Colfax Elementary	9112 W. Market St 27235
Gibsonville Elementary	401 E. Joyner St. 27249
McLeansville Elementary	5315 Frieden's Church Rd. 27301
Monticello Brown Summit Elementary	5006 NC 150 E. 27214
Oak Ridge Elementary	2050 Oak Ridge Rd. 27310
Pleasant Garden Elementary	4833 Pleasant Garden Rd. 27313
Sedalia Elementary	6120 Burlington Rd. 27342
Stokesdale Elementary	8025 US 158 27357

Debido a la disponibilidad de espacio, los sitios están sujetos a cambios.

** Los sitios pueden ofrecer transporte limitado. Póngase en contacto con los sitios directamente para más información.
** Se debe seleccionar una segunda opción al elegir uno de estos sitios.*

Haga una lista de un máximo de cuatro sitios en orden de su preferencia, con "1" indicando el sitio que le resulte más conveniente. También debe indicar si solo desea que su hijo asista a los sitios elegidos y firme. El transporte no se proporciona para la mayoría de los sitios.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Si elige un sitio de Childcare Network, debe indicar el número.

- Solo quiero que mi hijo asista a los sitios elegidos.
5. Mi hijo puede asistir a cualquier sitio de Greensboro.
- Mi hijo puede asistir a cualquier sitio de High Point/Jamestown

Firma: _____