

**2011-2012 Aplicación de Preescolar**

Los programas Preescolares del Condado de Randolph están buscando niños quienes tendrán 3\*años (en algunos lugares solamente) o niños que cumplirán 4 años para el 31 de Agosto del 2011, y QUE CALIFIQUEN para el programa Preescolar.

**Favor de mandar (COPIAS) de lo siguiente con su aplicación (sin estos documentos, su aplicación será considerada incompleta y no será procesada):**  Verificación de ingresos (3 talones de cheques consecutivos o copia de sus formas 1040 del presente año si trabaja por su cuenta y copia de cheque de asistencia pública o pago por manutención si recibe)  
 Identificación con foto y dos comprobantes de domicilio  Acta de Nacimiento del niño(a)  
 Tarjeta de Seguro Social del niño (No es necesario)  Tarjeta de vacunación del niño(a)

**Favor de mandar su aplicación y copia de todos los documentos a la siguiente dirección:**

<b>RANDOLPH COUNTY</b>	<b>HEAD START*</b>	<b>EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTER*</b>
<b>PARTNERSHIP FOR CHILDREN</b>	<b>221 S FAYETTEVILLE ST</b>	<b>1738 N. FAYETTEVILLE ST</b>
<b>349 SUNSET AVENUE</b>	<b>P.O BOX 1883</b>	<b>ASHEBORO, NC 27203</b>
<b>ASHEBORO, NC 27203</b>	<b>ASHEBORO, NC 27204</b>	<b>(336) 672-6636</b>
<b>(336) 629-2128</b>	<b>(336) 629-5141</b>	

**INFORMACIÓN ACERCA DE SU NIÑO**

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
 Apellido(s)                      Nombre                      Segundo Nombre                      Apodo

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS/ITÍN \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_      \_\_\_Niño o \_\_\_Niña  
 Mes      Día      Año

Seleccione el grupo étnico y luego seleccione la raza de su hijo: \_\_\_\_Hispano      \_\_\_\_No Hispano

Raza:(marque todos que corresponden)

- \_\_\_\_Blanco (Orígenes en cualquier parte de Europa, Medio Este, África del Norte)
- \_\_\_\_Negro (Orígenes de cualquier grupo de raza negra de África)
- \_\_\_\_Hawaiano/Isla Pacífica (Orígenes en Hawái, Guam, Samoa o cualquier Isla del Pacífico)
- \_\_\_\_Indio Americano (Orígenes en cualquier parte de Norte, Centro o Sur América)
- \_\_\_\_Asiático (Orígenes de cualquier parte del Lévano Oriente, Suroeste de Asia, o Subcontinente de India)

Primer Idioma de la Familia \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Nombre de Padres o Guardián Legal(es) quienes viven en la casa:

\_\_\_\_\_, Teléfono\_\_\_\_\_, TEL Alternativo\_\_\_\_\_  
 Apellido      Nombre      Segundo Nombre

\_\_\_\_\_, Teléfono\_\_\_\_\_, TEL Alternativo\_\_\_\_\_  
 Apellido      Nombre      Segundo Nombre

Dirección de la familia \_\_\_\_\_  
 Calle                                      Ciudad      Estado      Código Postal

Dirección de correo (solo si es diferente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad      Estado      Código Postal

**Cabeza del hogar:**  Un padre soltero(o madre)  Papa y mama, Casados  Papa y mama, No casados  
 Guardián legal(es)  Otra situación: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_Adultos      \_\_\_\_Niños      \_\_\_\_Total

Edades de todos los Niños \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA EXAMINAR AL NIÑO Y AFIRMACION DE INFORMACION**

- Yo entiendo que mi hijo/a \_\_\_\_\_, será examinado si es aceptado/a para determinar si es elegible para otros servicios que le ayuden a prepararlo/la mejor para entrar al Kindergarten. Su firma también da permiso a la escuela de evaluar: La Vista, Salud Dental, El Oído y Su Desarrollo Total.
- Mi firma también confirma que la información provista en esta aplicación es correcta y completa.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padres/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREESCOLAR AÑO 2011-2012**

Sus respuestas a las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar la elegibilidad de su hijo/a y se mantendrán completamente confidenciales. **Favor de contestar todas las preguntas** lo mas precisas que le sean posible. Los resultados de este cuestionario son confidenciales y sus respuestas no son compartidas con nadie. Los reportes de la encuesta no lo identifican de ninguna manera.

**Ingresos de los Adultos en la Familia**

Nombre de Adulto	Relación al Niño (Padre, etc.)	Ingreso Anualmente
		\$
		\$
		\$

2. Indique el tiempo que los padres trabajan o estudian. Por favor circular. **F/T**=tiempo completo **P/T**= tiempo parcial.

**Madre:** ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Titulo del trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? \_\_\_\_\_ Horas de trabajo \_\_\_\_\_ Días de empleo \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Padre:** ¿Trabaja? **F/T** o **P/T** Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Titulo del trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto tiempo tiene trabajando aquí? \_\_\_\_\_ Horas de trabajo \_\_\_\_\_ Días de empleo \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia? **F/T** o **P/T** Materia de estudio: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

3. Por favor, indique con un círculo el nivel de educación que cada persona ha completado: **Recibió?**  
La Madre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más Su diploma de High School o GED  
El Padre: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más Su diploma de High School o GED

4. ¿Quién actualmente cuida a su hijo/a mientras que usted trabaja o asiste clases?  
 \_\_\_ Guardería/Centro de cuidado de niños cual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ La Madre/El Padre Quien se Queda en Casa  
 \_\_\_ Un Familiar o Pariente  
 \_\_\_ Otra Persona – Especifique, Por Favor: \_\_\_\_\_

5. ¿Si su niño no esta en una guardería ahora, a estado el/ella antes en un programa de cuidado de niños?  
 \_\_\_ Si \_\_\_ No Nombre de la guardería \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

6. Para asistimos mejor en asignar a su hijo a un salón ¿Su hijo, sabe usar el baño? \_\_\_ Si \_\_\_ No

7. ¿Tiene su niño/a o ha tenido alguna condición crónica de salud? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Contestó si, cual es? \_\_\_\_\_

8. ¿Su hijo/a actualmente recibe o ya a recibido servicios como niño/a excepcional? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 Indique cuales de estos servicios su niño/a recibido o esta recibiendo.  
 De Hablar (Speech)  Terapia Física  Deshabilidad Identificada- especifique \_\_\_\_\_  
 Servicios Educativos  Salud Mental  Otra cosa: \_\_\_\_\_

9. ¿Alguno de los padres o guardián legal es miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o a sido llamado por las autoridades correspondientes a brindar servicio activo durante los últimos o siguientes 18 meses? \_\_\_ Si \_\_\_ No

10. ¿Ha sido uno de los padres o guardián legal lastimado seriamente o fallecido brindando servicio militar? \_\_\_ Si \_\_\_ No

11. ¿Esta su niño recibiendo ayuda para pagar la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Esta en lista de espera para recibir ayuda? \_\_\_\_\_

12. ¿En este momento tiene otros hijos cursando la escuela primaria? \_\_\_\_\_ ¿Si es así cual escuela? \_\_\_\_\_

13. ¿Cómo se entero usted de este programa? \_\_\_\_\_

14. ¿Actualmente tiene su familia alguna crisis en que podemos ayudarles?  
 No  Prefiero no contestar  Si (por favor de explicar) \_\_\_\_\_

15. Transportación es proveído. ¿Si no hay transportación Puede usted brindar transporte a su hijo/a)?  Si  No

16. Nombre y Teléfono del Doctor o Proveedor Médicos del Niño(a) \_\_\_\_\_

17. Nombre y Teléfono del Dentista del niño(a) \_\_\_\_\_

18. Randolph Hospital será usad en caso de Emergencia. Al no ser que usted indique otro hospital \_\_\_\_\_