

Transporte y antes y después de la escuela

El Transporte y guardería antes y después de la escuela no están incluidos en los programas de NC Pre-K o Head Start. El día escolar típico es de 8 am - 2:30 pm. Los padres son responsables de hablar con el sitio de colocación de NC Pre-K para recibir información con respecto a la disponibilidad antes y después de la escuela y del pago, si aplica en su caso. (guardería antes y después de la escuela están disponibles a través de Head Start, Bright Beginnings Childcare Center, y Countryside Childcare.) La asistencia puntual es una expectativa del programa. El recoger puntualmente a su niño en la tarde es necesario ya que nuestro personal tiene responsabilidades después de la escuela.

Si es aceptado en el programa, necesitaría su hijo guardería antes/después de la escuela? Sí No

Si es aceptado en el programa, yo voy a proporcionar el transporte o haré otros arreglos. Sí No

Si es aceptado en el programa, entiendo que la llegada y salida oportuna son mi responsabilidad. Iniciales _____

Por favor marque todas las casillas que correspondan y/o complete todas las preguntas:

Sexo del niño/a	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
¿Es su hijo hispano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condado de residencia	<input type="checkbox"/> Caldwell <input type="checkbox"/> Burke <input type="checkbox"/> Otro _____
¿A qué escuela primaria le corresponde su domicilio?	<input type="checkbox"/> Baton <input type="checkbox"/> Collettsville <input type="checkbox"/> Davenport <input type="checkbox"/> Dudley Shoals <input type="checkbox"/> Gamewell <input type="checkbox"/> Granite Falls <input type="checkbox"/> Happy Valley <input type="checkbox"/> Hudson <input type="checkbox"/> Kings Creek <input type="checkbox"/> Lower Creek <input type="checkbox"/> Sawmills <input type="checkbox"/> Valmead <input type="checkbox"/> Whitnel <input type="checkbox"/> no sé mi distrito escolar de escuela primaria.
Raza (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> nativo americano / de Alaska <input type="checkbox"/> Bi-racial <input type="checkbox"/> asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> otro
¿Es su hijo residente Carolina del Norte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Niño vive con:	<input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> madre y padre <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Otros - _____
¿Qué idioma habla su hijo con mayor frecuencia para comunicarse?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué idioma(s) se utiliza(n) con frecuencia en su hogar?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El niño/familia actualmente está siendo atendido por Servicios de Protección Infantil?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, actualmente bajo cuidado de crianza (Foster Care) <input type="checkbox"/> Sí, reside actualmente con el padre(s) <input type="checkbox"/> estoy cuidando a un niño que está a la espera de la colocación en cuidado de crianza.
Por favor seleccione todos los que correspondan al estado actual de la familia de su hijo:	<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> IEP/IFSP <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> En hogar de crianza <input type="checkbox"/> En cuidado familiar <input type="checkbox"/> Esperando un bebé
¿Se encuentra sin hogar su familia (viviendo temporalmente con amigos / familia o en un refugio/ carro / hotel)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, más de 12 meses <input type="checkbox"/> Sí, menos de 12 meses Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> en casa propia, alquilada, o apartamento <input type="checkbox"/> En un hotel o motel <input type="checkbox"/> Con amigos o familiares - Explique: _____ <input type="checkbox"/> En otras circunstancias - Explique: _____

Primer nombre del menor _____ 2a inicial _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

¿Se ha mudado en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuáles fueron las circunstancias por las que se mudó?
---	--

- Estoy sin hogar y doy permiso para que Head Start (Blue Ridge Community Action) y / o las Escuelas del Condado de Caldwell realicen una referencia para la obtención de servicios.
- Mi hijo(a) no recibe libros gratuitos de la biblioteca Dolly Parton Imagination Library. Favor Inscribalo(a) a través de Caldwell Smart Start.

Firma _____ Fecha _____

Nombre de la madre / tutor _____

Nombre del padre / tutor _____

	Dirección	Teléfono	Correo electrónico (Las notificaciones se enviarán por correo electrónico)
madre / tutor	<input type="checkbox"/> Igual que el niño <input type="checkbox"/> Otra _____	_____ <input type="checkbox"/> célula <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Trabajo	
padre / tutor	<input type="checkbox"/> Igual que el niño <input type="checkbox"/> Otra _____	_____ <input type="checkbox"/> la célula <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> trabajo	
nombre de contacto alternativo		Teléfono (s) de contacto alternativo	

Anote a todos los miembros de la familia que viven en el hogar (padres y niños dependientes):

Nombre adultos casados, incluyendo padrastros, y todo hijo dependiente menor de 18 años	Fecha de nacimiento	Edad actual	Relación con el niño (abuelo, tío, primo, etc.)

Desarrollo del niño:

¿Tiene su hijo un reto físico o enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> la diabetes <input type="checkbox"/> la obesidad <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> Otros _____	Se requiere un diagnóstico médico. Verificación del médico de su hijo debe estar provisto de la aplicación.
¿Su hijo tiene una necesidad de educación o de desarrollo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique: _____	
¿Ha recibido su hijo un evaluación del desarrollo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, fecha realizada _____	
¿Ha sido su hijo referido para evaluaciones para determinar si se necesitan servicios? (terapia del	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique: _____	Por favor, háganos saber si su hijo está recibiendo servicios privados de cualquier tipo. Las evaluaciones recientes o Notas de Progreso se

habla, física, ocupacional y/o de juego)?		pueden proporcionar con su aplicación como verificación.
¿Su hijo está recibiendo servicios para una necesidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique: _____	
¿Su hijo tiene un IEP (Plan de Educación Individualizada) o (Plan de Servicio Familiar Individualizado) IFSP?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, por favor incluya copia) <input type="checkbox"/> IEP con las Escuelas del Condado de Caldwell <input type="checkbox"/> IEP no es con las Escuelas del Condado de Caldwell y el padre proporcionará una copia con la solicitud.	Si su niño tiene un IEP a través de las Escuelas del Condado de Caldwell, usted no tiene que proporcionar una copia. Las Escuelas del Condado de Caldwell realizarán la verificación
¿Su hijo tiene un hermano que actualmente está siendo servido bajo un Plan de Educación Individualizada (IEP) o el Plan de Servicios para la Familia (IFSP).	<input type="checkbox"/> No (Una copia del IEP actual debe ser presentada con la solicitud.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> IEP con Escuelas del Condado de Caldwell <input type="checkbox"/> IEP no es con las Escuelas del Condado de Caldwell y el padre proporcionará una copia de la solicitud.	Si el hermano está siendo servido por las escuelas del condado de Caldwell, indique su / su nombre. _____ Escuelas del Condado de Caldwell proporcionará la verificación.
Es al menos un padre / tutor de este niño actualmente un miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; ordenado al servicio activo dentro de los últimos 18 meses o que se espera sea ordenado dentro de los próximos 18 meses; o que ha sido gravemente herido o muerto en servicio activo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, proporcionar documentación)	

Proveedor actual de servicios de cuidado de niños (debe ser completado):

Mi hijo ha asistido a un centro de cuidado infantil o cuidado infantil en el hogar.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Asiste Actualmente, pagada por la familia <input type="checkbox"/> Asiste Actualmente, pagado por bono de subsidio <input type="checkbox"/> asistió previamente, pero actualmente no está inscrito	<input type="checkbox"/> Apliqué para el subsidio y estoy en lista de espera <input type="checkbox"/> no soy elegible para el subsidio
sitio actual de cuidado infantil	Nombre del centro de cuidado infantil actual/ hogar de familia: _____ Fecha de Inicio _____ Número de horas semanales que asiste _____	uso de la oficina: <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-5
sitio anterior de cuidado infantil	Nombre del centro de cuidado infantil actual/ hogar de familia: _____ Fecha de finalización _____ Número de horas semanales que asistió _____	la razón ya no asistir.
No asiste a cuidado infantil	durante el día, que en la actualidad se preocupa por su hijo?	

	Madre / Tutor	Padre / Tutor
Empleado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Pago \$ _____ por hora Nombre del empleador: _____ ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Pagar \$ _____ por hora Nombre del empleador: _____ ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____
Trabajo por cuenta propia	detalles del trabajo / explicación:	detalles del trabajo / explicación:
Estado de Estudiante	<input type="checkbox"/> escuela secundaria GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> escuela secundaria GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Sin empleo, en búsqueda de empleo	<input type="checkbox"/> estoy desempleado y no tengo ningún ingreso. Por favor completar y firmar la declaración abajo de estos cuadros. <input type="checkbox"/> Si es aplicable a Ud- Por favor describa cualquier cambio de ingresos en los últimos 12 meses(Descansado? Si es así, ¿por cuánto tiempo? Sin empleo? Si es así, ¿cuánto tiempo)	<input type="checkbox"/> estoy desempleado y no tengo ningún ingreso. Por favor completar y firmar la declaración abajo de estos cuadros. <input type="checkbox"/> Si es aplicable a Ud- Por favor describa cualquier cambio de ingresos en los últimos 12 meses(Descansado? Si es así, ¿por cuánto tiempo? Sin empleo? Si es así, ¿cuánto tiempo)
Mayor Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> Menos de Diploma / GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de 2 Años <input type="checkbox"/> Diploma de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría/ Superior	<input type="checkbox"/> Menos de Diploma / GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de 2 Años <input type="checkbox"/> Diploma de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría/ Superior

Si aplica- Mi ingreso actual es de \$ 0. He tenido \$ 0 Ingresos desde (fecha de comienzo \$ 0 Ingresos) _____.
 Firma _____ Fecha _____

Si aplica- Mi ingreso actual es de \$ 0. He tenido \$ 0 Ingresos desde (fecha de comienzo \$ 0 Ingresos) _____.
 Firma _____ Fecha _____

Ingreso de la madre / tutor - Se requiere documentación de cada fuente de ingreso de la familia

salarios antes de impuestos	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal	Debe proporcionar los últimos 2 meses de los talones de pago como la verificación .
Pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de una orden judicial o estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
Soporte niño	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de una orden judicial o estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
Compensación al Trabajador	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser de 2 meses de talones de pago o una carta de su empleador, incluyendo las fechas y cantidades.
El desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal	de verificación puede ser de talones de pago o una copia de su carta de beneficios.
Work First/ Asistencia Temporal para	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal /Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semana	Una carta de beneficios o tarjeta de Medicaid se puede utilizar como verificación.

Familias Necesitadas			
Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Beneficios VA	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Pensión / Anualidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Apoyo a la Familia	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una declaración por escrito que está firmado y fechado e incluye información de contacto.
Otros: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios u otras declaraciones escritas.

Ingreso del padre / tutor - Se requiere documentación de cada fuente de ingreso de la familia

salarios antes de impuestos	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal	Debe proporcionar los últimos 2 meses de los talones de pago como la verificación .
Pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de una orden judicial o estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
Manutención Infantil (Child Support)	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de una orden judicial o estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
Compensación al Trabajador	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser de 2 meses de talones de pago o una carta de su empleador, incluyendo las fechas y cantidades.
El desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal	de verificación puede ser de talones de pago o una copia de su carta de beneficios.
Work First/ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> quincenal /Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semana	Una carta de beneficios o tarjeta de Medicaid se puede utilizar como verificación.
Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.

SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Beneficios VA	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Pensión / Añualidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios.
Apoyo a la Familia	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una declaración por escrito que está firmado y fechado e incluye información de contacto.
Otros: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> Dos veces por semana / Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	La verificación puede ser una copia de su carta de beneficios u otras declaraciones escritas.

Describe cualquier circunstancia familiar inusual que debe tenerse en cuenta para la inscripción de este niño (es decir, el abuso de sustancias, padre encarcelado o será lliberado en el transcurso de 6 meses, violencia doméstica, enfermedad física o mental en el hogar). Usted puede usar una hoja de papel adicional para describir.

Mi hijo está actualmente registrado para recibir libros de la biblioteca de Dolly Parton Si No, favor mándeme información ¿Con qué frecuencia le lee a su niño? a diario 3-5 veces por semana 1-2 veces por semana unas veces al mes ocasionalmente

Por favor leído cuidadosamente, poner sus iniciales en cada párrafo, firme y fechar en la parte inferior de esta hoja:

- _____ Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Yo entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para la recepción de los fondos del programa. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La falsificación deliberada, me expone a ser procesado bajo las leyes estatales aplicables.
- _____ Entiendo que al llenar esta solicitud mi hijo no tiene garantizado el cupo y que puede estar en una lista de espera.
- _____ Entiendo que si se selecciona a mi hijo a participar, la participación de la familia es esencial. Mi familia va a cooperar con los programas para presentar la documentación y solicitud necesaria para los servicios adicionales.
- _____ Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será la responsabilidad de mi familia.
- _____ Entiendo que mi hijo recibirá una evaluación del desarrollo en el idioma principal que aparece en la aplicación y doy permiso para que mi hijo reciba también evaluaciones de visión, audición, dental y / o del habla y del lenguaje.
- _____ Entiendo que si hay un cambio en la dirección de mi hijo, número de teléfono o la asistencia en cualquier tipo de guardería autorizada, o si hay un cambio en el ingreso de la familia, que es mi responsabilidad de notificar al Centro de Aplicación de Pre-K e informarles de cualquier cambio.
- _____ Entiendo que mi niño necesitará una evaluación de salud vigente y actualizada que incluye la visión, audición y una tarjeta de vacunas actualizada, antes de que él / ella asista a un programa. (Formulario de transmisión de la Salud está disponible en la mayoría de las clínicas médicas del condado de Caldwell, como (<https://www2.ncdhhs.gov/dph/wch/doc/about us/Form 2016.pdf>))
- _____ Doy permiso para que el nombre, imagen, retrato, semejanza o voz de mi hijo sea utilizada con el propósito de alguna presentación del centro, bloc de notas, artículos de periódicos, emisión televisiva, publicaciones en sitios web Pre-K del programa, y / o materiales impresos para su uso por las Escuelas del Condado de Caldwell.
- _____ Entiendo que, si mi hijo es aceptado en el programa NC Pre-Kinder y / o Head Start, la asistencia regular es necesaria para el pleno beneficio del programa. Si no se mantiene la asistencia regular podría poner en peligro su cupo en el programa.
- _____ Entiendo que el progreso de mi niño/a se compartirá con la escuela de kinder anticipada para ayudarlo a la escuela prepararse para una transición exitosa de mi niño/a.. Información podría incluir sus evaluaciones y datos recopilados en su clase de prekinder NCPK..
- _____ Doy permiso para que mi nombre e información de contacto pueda ser compartida con los programas de educación de adultos en relación a Caldwell Family Literacy que podrían beneficiar a mi familia.

Lugares de Preferencia - Por favor enumerar su primera, segunda, tercera, y cuarta opción para los lugares usando los números 1, 2, 3 y 4.

Aunque se hará todo lo posible para colocar a los niños elegibles en lugares preferidos, no podemos garantizar un sitio. Los sitios a continuación están sujetos a cambios debido a los fondos y la disponibilidad.

Primer nombre del menor _____ 2a inicial _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

*** Los solicitantes que sólo están interesados en Head Start seleccionarán Northside Children's Learning Center como su primera opción.**

Rango de su preferencia (1-4)	lugar	ubicado en	Rango sus preferencia (1-4)	lugar	ubicado en
	A New Beginning (privada)	Whitnel		Granite Falls Elementary	Granite Falls
	Baton Elementary	Baton		Happy Valley School	Happy Valley
	Bright Beginnings (privada)	Granite Falls		Hudson Elementary	Hudson
	Collettsville Elementary	Collettsville		Kings Creek	Kings Creek
	Countryside Childcare (privada)	Granite Falls		Northside Children's Learning Center (Head Start)*	Lenoir
	Davenport Elementary	Lenoir		Sawmills Elementary	Sawmills
	Dudley Shoals Elementary	Dudley Shoals		Valmead Elementary	Lenoir
	Gamewell Elementary	Gamewell		Whitnel Elementary	Whitnel

*Solicitantes SOLO interesados en Northside Children's Learning Center/Head Start deben marcar Northside como su 1er escoje.
Si su niño/a asistió el año pasado a su escuela de primer escoje, favor marque aquí check here

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para el Programa de Pre-K de Carolina del Norte. El personal del programa puede verificar la información proporcionada. La falsificación deliberada, me expone a ser procesado bajo las leyes estatales aplicables.

Firma de Padre / tutor: _____ Fecha: _____

Relación/Parentesco con el niño: _____

**** Todas las preguntas deben ser completados con el fin de que su hijo sea considerado. Por favor, revise para asegurar de que no hay preguntas sin responder.**

Si tiene alguna dificultad con cualquier parte de esta solicitud, por favor, póngase en contacto con nosotros.

¿Cómo se enteró del programa NCPK? anuncios de radio de alguien que conozco medios de comunicación social notificación telefónica carteles informativos otro: _____

<p><u>Dejar o mandar por correo solicitudes completas a:</u> Preschool Readiness Center 332 Greenhaven Drive NW Lenoir, NC 28645 o Head Start / Northside Children's Learning Center 1440 Blowing Rock Blvd Lenoir, NC 28645 También se pueden dejar en cualquier sitio NCPK.</p>	<p><u>Preguntas y citas:</u> Caldwell County Schools Preschool Readiness Center Teléfono: 828-726-3920 Fax: 828-757-0642 Head Start / Northside Children's Learning Center Tel: :828-758-4290, ext 3</p>
---	---

<p>Office Use Only: <input type="checkbox"/> New Student <input type="checkbox"/> Returning student PTY <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N shared with Head Start _____ Date application received _____ Date of IEP Mtg (to discuss transition) _____ Current Ed. Placement _____ Frequency / duration of services: Spec Ed _____ ST _____ OT _____ PT _____ other (list) _____ Special Factors:: _____</p>
