

FOR OFFICE USE ONLY

HS Eligible Y N
 MAF Eligible Y N
 Further Assessment Y N

**FOR OFFICE USE ONLY**

Site: _____
 Date Received: _____
 Entered into MAF Kids: _____

NOMBRE DEL CONDADO _____
"Más a los cuatro años" programa preescolar

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre completo del niño:		
Dirección:		
Dirección donde recibe correo (si es diferente que la dirección arriba):		
Teléfonos:	Casa _____	
	Celular _____	
	Otro número alternativo _____	
Género del niño:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Fecha de nacimiento del niño:	Mes: _____ Día: _____ Año: _____	
Nacionalidad del niño: (Marque todos que se apliquen)	Blanco o estadounidense europeo	<input type="checkbox"/>
	Negro o afro-americano	<input type="checkbox"/>
	Español/Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>
	Indígena americana o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
	Nativo de Hawai o de las islas pacíficas	<input type="checkbox"/>
	Asiático	<input type="checkbox"/>
	Otro	<input type="checkbox"/>
¿Es el niño ciudadano de los EEUU?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es el niño residente de Carolina del Norte?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es por lo menos un padre o guardián legal de este niño miembro en servicio activo del militar, o fue herido seriamente o matado un padre o guardián legal de este niño mientras en servicio activo?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El niño vive con:

Los dos padres La madre El padre Otro _____

Adultos que viven con la familia: _____ **Hermanos bajo los 18 años:** _____ **Personas en la familia:** _____

Aliste los nombres y edades de todas las personas que viven en el hogar (Incluya padre/s, guardián/es y niños):

Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad

¿Se habla inglés en el hogar? No inglés Poco inglés Hablamos el inglés con fluidez

¿Cuál(es) idioma(s) se hablan en el hogar?

Los ingresos totales anuales antes de impuestos son:

Madre \$ _____

Padre \$ _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA

¿Cuál escuela primaria asistirá su niño?

¿Cuál sitio MAF prefiere usted?

1^{ra} elección _____ 2^{da} elección _____

¿Está inscrito actualmente su niño en un programa preescolar o de cuidado infantil? Sí No

De ser así, ¿cuál? _____

Si no, ¿ha estado inscrito en un programa de cuidado infantil en algún momento? Sí No

De ser así, ¿dónde asistió su niño? _____

Por favor provea las fechas aproximadas de asistencia _____

INFORMACIÓN DE AYUDA PÚBLICA

¿Está su niño en la lista de espera para subsidio con el Departamento de Servicios Sociales?

Sí No

¿Está recibiendo su niño unos vouchers (vales) del DSS para cuidado infantil actualmente?

Sí No

INFORMACIÓN DE LA SALUD

¿Tiene su niño alguna necesidad especial del desarrollo o alguna discapacidad? Sí No

De ser así: ¿Tiene su niño un IEP (Plan Individuo de la Educación) activo? Sí No

¿Ha sido referido su niño para ser evaluado o identificado con una discapacidad? Sí No

¿Tiene su niño algún problema crónico de la salud, como el asma, la diabetes, o anemia de células falciformes?

Sí No

De ser así, por favor explique:

¿Ha recibido su niño una evaluación de la salud? Sí No

¿Ha recibido su niño una evaluación del desarrollo? Sí No

De ser así, por favor déjenos saber de alguna preocupación: _____

OTRA INFORMACIÓN

¿Hay alguna otra cosa que usted quisiera compartir con nosotros?

-
- Lo siguiente **se debe** verificar por el personal de la escuela antes de que su aplicación pueda ser aceptada:

_____ Partida de nacimiento

- Lo siguiente **puede ser** verificado por el personal de la escuela antes de que su aplicación pueda ser aceptada:

_____ Ingresos

_____ Residencia

- **Se requiere** la documentación que sigue antes de que su niño pueda asistir al programa "Más a los cuatro años":

_____ Expedientes de la inmunización

_____ Evaluación de la salud preescolar

Lea por favor las declaraciones siguientes cuidadosamente y ponga sus iniciales a cada uno:

_____ Yo certifico que toda la información arriba es verdad y correcta, y que se han alistado todos ingresos. Yo entiendo que esta información se da para recibir ayuda económica del estado. Los funcionarios del programa "Más a los cuatro años" pueden verificar la información que está en esta aplicación. Por dar deliberadamente información incorrecta, yo puedo ser procesado conforme a leyes estatales aplicables.

_____ La información en esta forma se usará para determinar elegibilidad en los programas "Mas a los cuatro años" y Head Start. Yo entiendo que estoy haciendo público esta información para que mi niño se considere para el programa "Mas a los cuatro años."

_____ Yo entiendo que pueda ser una lista de espera para los servicios de "Mas a los cuatro años" o Head Start.

_____ Yo entiendo que si mi niño se elija para participar en el programa "Mas a los cuatro años," es importante para el éxito del niño que los padres se involucren. Yo/nosotros me comprometo / nos comprometemos a participar lo más posible en el sitio "Mas a los cuatro años."

_____ Yo entiendo que el transporte a y desde los sitios "Mas a los cuatro años" puede ser la responsabilidad de la familia.

_____ Yo doy mi permiso para que mi niño reciba evaluaciones del desarrollo, del oído, de la vista, dentales, y/o el hablar y el idioma mientras que asiste a los programas "Mas a los cuatro años" y Head Start.

_____ Yo entiendo que si haya algún cambio en el estatus de mi niño (de dirección, asistencia en cualquier tipo de cuidado autorizado, teléfonos, guardián legal, etc.), me pondrá en contacto con _____ inmediatamente e informarles de estos cambios.

_____ Yo entiendo que si mi niño participe en el programa "Mas a los cuatro años," el/ella puede ser fotografiado y las fotos se puedan usar en las maneras siguientes: la visualización del centro, el libro de recuerdos, el periódico, difusiones de la televisión, el sitio de web de la escuela, publicaciones relacionadas al programa "Mas a los cuatro años," etc.

¿Cómo supo usted de nosotros?

*** SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE / GUARDIÁN LEGAL ***

Firma del padre / guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Para hacer preguntas, llame (336) _____ - _____