







Por favor circule el nivel más alto de educación completado:

**Madre:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más alto Diploma de Escuela Preparatoria GED Título Técnico Licenciatura o superior

**Padre:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más alto Diploma de Escuela Preparatoria GED Título Técnico Licenciatura o superior

**Ingreso de la Madre/Madrastra/Guardián- INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO**

Ingreso Ganado	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Earned I
Asistencia Pública/Work First	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Public A
Seguro Social/SSA/SSI	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Social Se
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Unempl
Pensión Alimenticia	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Child Su
Otro _____	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>	Other

**Ingreso del Padre/Padrastra/Guardián**

Ingreso Ganado	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>
Asistencia Pública/Work First	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>
Seguro Social/SSA/SSI	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>
Pensión Alimenticia	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>
Otro _____	\$ _____	semanal <input type="checkbox"/>	cada dos semanas <input type="checkbox"/>	dos veces al mes <input type="checkbox"/>	mensual <input type="checkbox"/>	anual <input type="checkbox"/>

**\*Si usted está actualmente desempleado y no está recibiendo beneficios de desempleo u otra fuente de ingresos regulares por favor indique la persona o fuente que proporciona apoyo para esta familia: \_\_\_\_\_ Aporto \$ \_\_\_\_\_ semanal/mensual**

**Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo(a) en el programa puede ser revocada.**

**Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

**OTRA INFORMACIÓN**

- ¿Está alguno de los padres o tutores sirviendo actualmente en el servicio Militar, o fue herido o falleció mientras servía? (Se requiere documentación para verificar) Sí  NO
- ¿Desde su nacimiento, ha estado el niño(a) inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o cuidado en el hogar Sí  NO
- ¿Está el niño(a) actualmente inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o cuidado en el hogar? Si está actualmente inscrito, ¿cuál es el nombre del programa? \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Está recibiendo su hijo(a) un bono para el subsidio de guardería? Sí  NO  Si no, ¿está en la lista de espera para el subsidio? Sí  NO
- ¿Tiene su hijo(a) una condición crónica de salud? (Se requieren documentos médicos) Sí  NO   
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es la condición de salud crónica? \_\_\_\_\_  
¿Necesita su hijo(a) ayuda para enseñarle a ir al baño? Sí  NO
- ¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) con una Necesidad Especial? Sí  NO
- Si su respuesta es afirmativa, ¿tiene su hijo(a) un Plan Individualizado de Educación (IEP) con el Sistema Escolar? Sí  NO
- ¿Su hijo(a), está recibiendo actualmente servicios por una necesidad especial o discapacidad? Sí  NO
- Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique (**marque todo lo que aplique e indique quién provee esos servicios**)  
 Habla \_\_\_\_\_  Terapia Física \_\_\_\_\_  Servicios Educativos \_\_\_\_\_  
 Salud Mental \_\_\_\_\_  Discapacidad identificada-Por favor especifique \_\_\_\_\_

**¿Como oyó acerca de nosotros? \_\_\_\_\_**

**RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE/MADRE**

- Entiendo que esta es una solicitud para servicios que se ofrecen y que no constituye la inscripción en ningún programa.
- Certifico que la información en esta solicitud es cierta y precisa y que se han informado todos los ingresos.
- Entiendo que esta información se provee para recibir fondos del gobierno federal y/o estatal. Los oficiales pueden verificar la información en esta solicitud. La distorsión deliberada de la información me podría exponer a acción judicial según las leyes federales y/o estatales aplicables.
- La información en esta solicitud se podrá usar solamente para determinar la elegibilidad de los programas Head Start, Título I y/o del Pre-kínder de Carolina del Norte. Divulgo esta información para que se pueda considerar a mi hijo(a) para uno de estos programas. Las agencias designadas pueden compartir y/o verificar cualquier y toda información sobre mi hijo(a).
- Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado para participar en el programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte, la participación de los padres será esencial para el éxito de mi hijo(a) y Yo/nosotros me comprometemos a participar según lo requiera el programa.
- Entiendo que el Pre-Kínder de Carolina del Norte está diseñado para servir a los niños en riesgo y que se hará todo el esfuerzo de parte de mí y del equipo de Pre-Kínder de Carolina del Norte para mantener la inscripción y la participación de mi hijo(a).
- \* Entiendo que soy responsable de proporcionar el transporte a mi hijo(a) si el transporte no está disponible en su escuela.
- \* Doy permiso para que mi hijo(a) reciba evaluaciones de desarrollo, vista, oído, dentales y/o del habla y del lenguaje y que los resultados sean compartidos con los programas de pre kínder asociados (Head Start, Título I, y Pre kínder de Carolina del Norte).

**Firma del Padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**