

LISTA DE REQUISITOS PARA LA APLICACIÓN DE PRE-KINDER

Todas las aplicaciones deberán ser entregadas a

Smart Start of Forsyth County

7820 North Point Boulevard Winston-Salem, NC 27106

Teléfono (336) 714-7520

www.smartstart-fc.org

- Todas las formas están totalmente completadas
- Copia del acta de nacimiento del niño/a incluida, **EL NIÑO/A DEBE TENER CUATRO (4) para el 31 de AGOSTO del 2011, y podrá ir al Kindergarden por primera vez durante el año escolar 2012-2013.**
- Verificación de ingresos de ambos madre y padre están incluidas
Lo que se acepta:
 - Un mes de talones de cheques O Declaraciones de impuestos más reciente o la forma W-2
 - Si talones de cheques o la forma W-2 no están disponibles, una carta de verificación de empleo o de su patrón que indiquen el numero de horas que trabaja, lo que gana y cuanto tiempo lleva trabajando con ellos. La carta deberá ser firmada por el supervisor o patrón.

Si esto se aplica a usted, por favor incluía lo siguiente:

- Documentación de la pensión de manutención o pensión alimenticia (Child Support, si es madre o padre soltera/o (incluya la orden de la corte de la pensión de manutención o comprobante de los pagos recibidos)
- Documentación de otras fuentes de ingresos incluyendo Servicios Sociales, TANF, incapacidad u otro, si es aplicable

Firmas Requeridas:

- Autorización para divulgar información (Pagina 2)
- Madre/Madrastra o Encargada legal en la hoja de información (Pagina 5)
- Padre/Padraastro o Encargado Legal en la hoja de información (Pagina 6)
- Autorización para administrar Pruebas de Desarrollo (Pagina 9)

Autorización para corroborar información

Smart Start del Condado Forsyth es la agencia central cual acepta y procesa aplicaciones para los programas de Pre-Kinder subsidiado. Cada aplicación es revisada a través de cualificaciones de dos programas, Mas a los Cuatro y Title I. La **Autorización para manejo de información entregada** nos permite enviar la aplicación de su niño y resultados de evaluación a entidades que financian la clase. Esto nos ayuda a colocar a niños en los centros y programas que mejor se acomode a las necesidades de la familia basada en su estatus de elegibilidad. Algunas de las clases de Pre-Kinder combinan los fondos con otros programas. Cuando una clase recibe fondos, es necesario intercambiar información de su niño para llenar los requisitos del Estado y Federal relacionados con cada programa. Además, todos los programas de Pre-Kinder serán evaluados basados en el progreso del desarrollo de los niños. La Consulta Compass y Frank Porter Graham están envueltos en el análisis y reportes de evaluación de las clases del Pre-Kinder.

AUTORIZACIÓN PARA MANEJO DE INFORMACIÓN ENTREGADA

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo a **Smart Start of Forsyth County** a divulgar los siguientes records educativos:
(Nombre del Padre/Encargado legal)

- La Aplicación del Pre-kinder completada que incluye ingresos, numero de seguro social, y acta de nacimiento
- Evaluaciones de Desarrollo (LAP-3, Evaluación de Educacion Temprana Devereaux (DECA), DIAL 3)

A: Winston-Salem/Forsyth County Schools 1605 Miller St. Winston Salem, NC 27103
Compass Consulting Group, LLC. 5726 Fayetteville Rd. Suite 203, Durham, NC 27713
Frank Porter Graham Instituto para el Desarrollo del Niño, UNC-CH Chapel Hill, NC
Imprints para familias/Más a los Cuatro, 502 North Broad St. Winston Salem, NC
NC Office of Early Learning, 1110 Navaho Dr. Raleigh, NC 27609

Con el Fin de:

- Determinar Elegibilidad por el Estado y Programas de Pre-Kinder financiados federalmente (Incluyendo Más a los Cuatro y Title I)
- Evaluaciones de Programas de Pre-Kinder
- Recolectar información requerida por la NC Office of Early Learning (Más a los Cuatro y Title I)

Yo, _____ autorizo a las **Winston-Salem/Forsyth County Schools** a divulgar los siguientes records educativos e información: (Nombre del Padre/Encargado Legal)

- La Aplicación del pre-kinder completada que incluye ingresos, numero de seguro social, y acta de nacimiento
- Evaluaciones de Desarrollo (LAP-3, DIAL 3, DECA)
- Evaluaciones de salud de Pre-Kinder, incluyendo evaluaciones de visión, del habla y lenguaje, y de audición.

A: Smart Start of Forsyth County/Al Programa de Más a los Cuatro, 7820 North Point Blvd. Winston-Salem, NC 27106
Family Services Head Start, 2050 Big House Gaines Blvd. Winston-Salem, NC 27101 ---Las aplicaciones de Pre-Kinder de niños que sean residenciales a las escuelas primarias de North Hills, Cook, Konnoak, Diggs, Latham, o Petree serán revisadas a través de calificaciones de los programas WSFCS Title I y Family Services Head Start (Winston-Salem, NC).

Con el Fin de:

- Determinar Elegibilidad por el Estado y Programas de Pre-Kinder financiados federalmente (Incluyendo Más a los Cuatro y Title I)
- Evaluaciones de Programas de Pre-Kinder
- Recolectar información requerida por la NC Office of Early Learning (Más a los Cuatro y Title I)

Yo entiendo que tengo todo derecho de: (1) no autorizar que se divulgue información sobre el record académico; (2) Tengo derecho a recibir una copia de tal record si lo pido; (3) y que esta autorización debe mantenerse en efecto hasta que sea cancelado por mí, por escrito, y devuelto a Smart Start del Condado de Forsyth, pero que cualquier revocación no afectara lo que se ha divulgado anteriormente por Smart Start del condado de Forsyth por cualquier revocación por escrita.

Firma del Padre/Encargado Legal

Fecha

Fecha de Aplicación

INFORMACIÓN DEL NIÑO (A)

Nombre del Niño	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido Paternal
Fecha de Nacimiento (Los niños deben tener Cuatro (4) para el 31 de Agosto 2011)	Mes	Día	Año
Numero de Seguro Social (Si el niño tiene uno por favor coloque los cuatro últimos dígitos)	<u>XXX-XX-</u> _____ Solo los últimos cuatro dígitos		*Información requerida por la Oficina de Preparatoria de Primaria de Carolina del Norte. Por favor marque sí o no para grupo étnico: Grupo Étnico:: Hispano o Latino Sí ____ No ____ Y Raza (Por favor marque Por Lo Menos uno de los siguientes: __ Blanco __ Negro/Afro-Americano __ Indígena Americano/Nativo de Alaska __ Asiático __ Nativo de Hawái/ Otra Isla del Pacifico
Sexo/Genero (marque una cajita) Masculino ____ Femenino ____	¿Cual es el lenguaje del niño? Ingles ____ Español ____ Otro (especifique) _____ Su niño(a) habla mas de un idioma?, Si es así Por favor enumérelos a continuación: _____		

¿Vive el niño con un padre, pariente o guardián legal? Si ____ No ____ Si No, Especifique: _____
 Especifique con quien vive el niño y parentesco del niño: (e.g. madre, padre, los dos padres, madre o padrastro, padre y madrastra, abuelo (s), etc.)

Dirección del Niño/a

Numero y Nombre de la Calle	# de apartamento	Ciudad	Código Postal

CUENTENOS DE SU NIÑO

1. ¿Ha asistido su hijo a algún centro de cuidado de niños, pre-escolar o una guardería en casa de familia? ____sí ____no
2. ¿Actualmente esta su niño en el programa de Head Start? _____sí _____no (si contesta Sí, no conteste la pregunta # 3)
3. ¿Esta su niño actualmente asistiendo a un centro de cuidado de niños, un programa preescolar o una guardería en casa de familia?
____sí _____no

Si lo esta, favor de proveer el nombre del centro de cuidado de niños, preescolar, u hogar de cuidado: _____
(Por favor asegúrese de incluir el nombre del centro o preescolar) Nombre del Programa

Cuanto tiempo ha asistido su niño(a) a este centro de cuidado? _____ (Incluya por favor toda experiencia anterior en centro de cuidado)

¿Si su niño esta asistiendo a un programa de cuidado de niños, ¿usted esta recibiendo un voucher del Departamento de Servicios Sociales, o el subsidio para el cuidado de niños de Smart Start?
____sí _____no _____especifique cual

4. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica o condición medica de la cual debemos estar informado? Si contesta sí, utilice el espacio proveído para indicarnos cual es y su necesidad de cuidado. *Los niños son igualmente elegibles para el programa Pre-Kinder con o sin condición medica*

Recibe su niño/a Medicaid? ____sí _____no

5. ¿Tiene su hijo necesidad de cuidado especial por alguna condición (i.e. atraso de desarrollo, lenguaje, audición o incapacidad física, etc.)? Si contesta sí, tiene su hijo un Plan de Educación Especifico (Individual Education Plan (IEP)) a través de Winston Salem Forsyth County Schools Exceptional Children Department? Si alguna de estas situaciones es cierto describa los servicios que recibe su niño. Que agencia otorga estos servicios a su hijo (sistema escolar o proveedor privado)

6. Proporciónenos con información especifica acerca de su niño que nos pueda ayudar (Opcional)

INFORMACIÓN DE MADRE/MADRASTRA O GUARDIÁN LEGAL:

Nombre de la Madre	Primer	Segundo	Apellido		
Dirección de la Madre	Numero y Nombre de la calle	# apartamento	Ciudad	Código Postal	
Números de Teléfono	Hogar	Celular	Trabajo		
Lugar de Empleo de la Madre	Compañía _____		Si el Madre no trabaja, marque esta cajita ____		
Ingresos de la Madre de su Empleo	Horas que trabaja semanal	Pago por Hora	Ingreso Mensual Total (antes de impuestos)		
¿Cual es el lenguaje de la Madre? (Marque los que aplique)	Ingles		Español		Otro (especifique)
Grado de Educación de la Madre	Ultimo Grado Completado	GED	Diploma de la Escuela Superior	Asistió a la Universidad	Se Graduó de la Universitario
¿Vive su hijo con usted? Sí _____ No _____	Estatus Militar de Madre: ____ Miembro de Servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ____ Miembro de la Unidad de Reserva, llamada a servicio en los últimos 18 meses ____ Deshabilitada por accidente mientras estuvo en servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos				

Proveer información falsa para calificar a los programas de Pre-kinder se considera fraude y resultara en expulsión inmediata del programa.
Certifico que la información proveída en esta aplicación es cierta y los documentos adjuntos como verificación están correctos y precisos:

Firma de Madre o Guardián Legal _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/PADRASTRO O GUARDIÁN LEGAL:

Nombre del Padre	Primer	Segundo	Apellido		
Dirección del Padre	Nombre de la Calle	# de apartamento	Ciudad	Código Postal	
Números de Teléfono	Hogar	Celular	Trabajo		
Lugar de Empleo del Padre	Compañía _____		Si el Padre no trabaja, marque esta cajita ____		
Ingresos del Padre por su Empleo	Horas que trabaja semanal	Pago por Hora	Ingreso Mensual Total		
¿Cual es el lenguaje del Padre? (Marque los que aplique)	Ingles	Español	Otro (especifique)		
Grado de Educación del Padre	Ultimo Grado Completado	GED	Diploma de Escuela Superior	Asistió a la Universidad	Se Gradúo de la Universitario
¿Vive su hijo con usted? Si ____ No ____	Estatus Militar del Padre: <input type="checkbox"/> Miembro de Servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Miembro de la Unidad de Reserva, llamada a servicio en los últimos 18 meses <input type="checkbox"/> Deshabilitada por accidente mientras estuvo en servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos				

Proveer información falsa para calificar a los programas de Pre-kinder se considera fraude y resultara en expulsión inmediata del programa.

Certifico que la información proveída en esta aplicación es cierta y los documentos adjuntos como verificación están correctos y precisos:

Firma de Padre o Guardián Legal _____ Fecha _____

FORMULARIO DE NINGÚN INGRESO

Si actualmente no esta empleado y no recibe NINGÚN ingreso: ni desempleo u otro recurso de asistencia financiera favor de utilizar este formulario—DEBE SER NOTARIADO

Esto certifica que he suplido sustento a (si un familiar les ayuda):

Nombre del familiar o persona que le provee asistencia o sustento: _____

Incluyendo albergué, comida, y necesidades diarias: **Desde:** _____ **Hasta:** _____
Fecha Fecha

Firma de tal persona: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Esto certifica que mis niños y yo no hemos recibido NINGÚN ingreso durante este tiempo:

Desde: _____ **Hasta:** _____
Fecha Fecha

Certifico que esta información es cierta Si cualquier parte es falsa, comprendo que la participación de mi niño/a en el programa puede ser terminada y sujeta a acciones legales. También entiendo que esta información será mantenida bajo estricta confidencialidad dentro de la agencia y a la cual tendré a mi disposición durante horas de trabajo.

I certify that this information is true. If any part is false, I understand that my child's participation in the program may be terminated and subject to legal action. I also understand that this information will be held in strict confidence within agency and is accessible to me during normal business hours.

Firma del Padre o Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ TEL # _____

Nombre del Niño: _____

Notario Publico: _____ **Fecha:** _____

Sello

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

Favor de proveernos información de los familiares en el hogar:

Nombre	Parentesco del Niño (i.e. abuelos, hermano, hermana, tío, tía, etc.)	Edad	Por favor incluía el nombre de la escuela donde asiste el hermano o hermana.

*****INFORMACIÓN REQUERIDA:**

NUMERO DE PADRES O GUARDIANES LEGAL QUE VIVEN EN EL HOGAR _____

NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 18 QUE VIVEN EN EL HOGAR _____

**TOTAL DE MIEMBROS EN EL HOGAR _____ (ADULTOS + NIÑOS)
(No tomar en cuenta a tíos, tías, primos, abuelos, etc... a menos que sean los guardianes legales del niño)**

IMPORTANTE!!!!

Información de Contactos Adicional

Algunas veces los números de teléfonos y direcciones de la casa cambian durante el principio del año
Por favor de proveernos con otros contactos que nos ayude a comunicarnos con usted de ser necesario.

Asegúrese de informarnos si su número de teléfono o dirección cambian llamando al 714-4360

Persona a quien podemos contactar si no encontramos a los padres:	Parentesco	Numero de teléfono del Hogar	Numero de teléfono del trabajo	Numero de teléfono del Celular
Persona a quien podemos contactar si no encontramos a los padres:	Parentesco	Numero de teléfono del Hogar	Numero de teléfono del trabajo	Numero de teléfono del Celular
Persona a quien podemos contactar si no encontramos a los padres:	Parentesco	Numero de teléfono del Hogar	Numero de teléfono del trabajo	Numero de teléfono del Celular

INFORMACIÓN DE LAS EVALUACIONES DE DESAROLLO Y SALUD

Un objetivo principal del programa de Pre-kinder es promover la preparación escolar para cada niño. Todos los programas de Pre-Kinder requieren que los niños tengan una evaluación de salud actual en el archivo y que cada niño reciba una evaluación de desarrollo para determinar si necesitan referencias para servicios educativos. En adición, las maestras usan la evaluación de desarrollo durante todo el año escolar para medir el progreso del niño.

Evaluaciones de salud para los niños

Una evaluación de salud es requerida antes de que un niño pueda entrar a una clase de Pre-Kinder y debe haberse realizado dentro de 12 meses. El proveedor de salud tiene la responsabilidad de hacer las referencias apropiadas que se indican en la evaluación de salud. La evaluación de salud debe incluir:

1. Examen físico
2. Actualización de vacunas
3. Examen de la vista
4. Examen de audición
5. Revisión dental

La Evaluación de Desarrollo

Todos los niños matriculados en clases de Pre-Kinder deben recibir una evaluación de desarrollo usando un instrumento de evaluación aprobado, al menos que el niño tenga un Plan de Educación Específico (Individual Education Plan (IEP)). Los niños deben recibir sus evaluaciones dentro de 90 días después del primer día de asistencia en el programa o dentro de 6 meses antes del primer día de asistencia. Las evaluaciones se usan únicamente para identificar a los niños que deben ser referidos para más evaluaciones y exámenes sobre la base de preocupaciones en uno o más dominios de desarrollo. ***Citas para las evaluaciones de salud serán programadas para las aplicaciones entregadas antes del primero de Junio.**

PERMISO PARA PODER REALIZAR PRUEBAS DE DESAROLLO

Yo _____, doy permiso que a mi hijo(a) _____
(Nombre del Padre/Madre) (Nombre del niño/a)

Participe en pruebas de desarrollo con el propósito de obtener información acerca de la necesidad educacional de mi hijo/a que utilizaremos durante el año para medir su progreso. Entiendo que esta información es confidencial y será utilizada únicamente por el personal de Pre-Kinder para propósitos de su educación. También entiendo que esta información será parte del trabajo acumulativo en el archivo escolar de mi hijo/a y transferido a su escuela al comenzar Kindergarten. Mayormente entiendo que esta información junta a otros factores será utilizada en la consideración de elegibilidad para participación en el Programa de Pre-Kinder.

Firma _____ (Padre/Madre) Fecha _____