

Forsyth County Pre-Kindergarten Application 2012-2013 *Solicitud Pre-Kinder del Condado de Forsyth County 2012-2013*

★ **Attach Child's Birth Certificate/Adjuntar el Acta de Nacimiento del Niño(a)**

CHILDREN MUST BE FOUR (4) YEARS OLD by AUGUST 31, 2012,
and will be able to go to kindergarten for the first time during the 2013-2014 school year.
*EL NIÑO(A) DEBE TENER CUATRO (4) años de edad para el 31 de AGOSTO del 2012,
y podría ir al Kindergarten por primera vez durante el año escolar 2013-2014.*

★ **Attach proof of residence (utility or cable bill)**
Adjuntar comprobante de residencia (factura de luz o cable)

★ Please note: **ANSWER ALL QUESTIONS.** Only complete application packages will be accepted. All others will be returned.
*Atención: CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. Solamente los paquetes completos serán aceptados.
Los demás serán devueltos.*

Return completed application with documentation to
Envíe la solicitud completa con su documentación a
Smart Start of Forsyth County
7820 North Point Blvd. Suite 200 Winston-Salem, NC 27106
Pre-K Information Line 336-714-7520 www.smartstart-fc.org

Family Information/Información de la Familia:

Child's name/
El nombre completo
Del niño(a)

--	--	--

First/Primer nombre

Middle/Segundo nombre

Last/Apellido Paternal

Please check one/*por favor marque uno*: ___ boy/*niño* ___ girl/*niña*

Child's date of birth/*fecha de nacimiento del niño(a)*: month/*mes* _____ day/*día* _____ year/*año* _____

What language does your child most frequently use to communicate?

¿Qué idioma habla su niño(a) con más frecuencia para comunicarse? _____

Demographics/Demográficas, Ethnicity/Etnicidad del niño(a):

please mark only one/*marque solo uno*

___ Hispanic/Latino/*Hispano/Latino*

___ Not Hispanic/Latino/*No Hispano/Latino*

Please mark at least one/*Por favor marque por lo menos uno*:

___ Asian/*Asiático*

___ Native Hawaiian/Pacific Islander/*Nativo de Hawaii/Islas Pacifica*

___ White/European/*Blanco/Europeo*

___ Native American/Alaskan/*Indio Americano/Nativo de Alaska*

___ Black/African/*Negro/Africano*

Is child living with a parent, relative, or legal guardian? Yes ___ No ___ Relationship to child: _____

¿Vive el niño(a) con sus padres, con un pariente o con su guardián legal? Si ___ No ___

Parentesco con el niño(a): _____

Name of Parent(s)/Legal Guardian(s)/Foster Parent(s) / Nombre de padre/guardián:

--	--

Mother/Madre

Father/Padre

Child's Address/ Domicilio del niño(a):

--

Street address/calle

apartment #/# de apartamento

city/ciudad

zip code/código postal

Is your family homeless (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)?

¿Está sin hogar su familia (temporalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares, en un hotel o en su auto)?

___ yes/sí ___ no or don't know/no o no sé

Phone numbers/Teléfono:

Parent/legal guardian: Name: _____	Home Phone:	Cell:	Work:
---	-------------	-------	-------

2 Alternate Contacts if parent cannot be reached/Número de teléfono alternativo: Name & relation to child:	Home Phone:	Cell:	Work:
---	-------------	-------	-------

Name & relation to child:	Home Phone:	Cell:	Work:
---------------------------	-------------	-------	-------

Is the parent/legal guardian an active duty member of the military or was parent/legal guardian seriously injured or killed while on active duty?/¿Es uno de los padres o el guardián del niño(a) miembro activo del servicio militar o fue esta persona herida gravemente o perdió la vida mientras estaba activo en el servicio militar? ___ yes/sí ___ no

Health Information/Información de Salud:

Does your child have a physical challenge or chronic illness? (ex. Asthma, diabetes, obesity, anemia, etc.)/¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad física o una enfermedad crónica?(ex. asma, diabetes, obesidad, anemia, enfermedad en la sangre, etc.) ___ yes/sí Please specify/por favor especifique: _____

___ no, don't know/no, no se

Has your child had a recent physical? If so, when was the last visit? _____

¿Su hijo ha tenido un examen físico reciente? Es así, cual es la fecha? _____

STUDENTS WITH INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAMS (IEP)
ESTUDIANTES EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA (IEP)

Does your child have an IEP (Individualized Education Plan)? / ¿Tiene su niño (a) un IEP (Plan de Educación Individualizado)? / Favor de incluir una copia.

___ yes/sí ___ no or don't know/no o no sé

If yes, please check one of the statements and sign below/Si, sí, por favor marque y firma lo siguiente.

_____ I give permission for WS/FCS Exceptional Children's Preschool Department to share information/copy of IEP with pre-k classroom teacher. / Doy permiso a WSFCS Departamento Excepcional de Niños Preescolar para compartir información/copia de IEP con el maestro(a) de la clase de pre kínder.

_____ I do not give permission for WS/FCS Exceptional Children's Preschool Department to share information/copy of IEP with pre-k classroom teacher. / No doy permiso a WSFCS Departamento Excepcional de Niños Preescolar para compartir información/copia de IEP con el maestro(a) de la clase de pre kínder.



Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

Please check who provides those services/por favor marque quién provee los servicios.

___ a classroom teacher/maestro de la clase

___ an itinerant teacher/maestro itinerante

___ a speech therapist /terapeuta de habla

___ Private provider/ proveedor privado

Please list all family members in the household: / Por favor anote a todos los miembros de su familia en su hogar:

Name/Nombre	Relationship to Child/ Relación al Niña(o)	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Please include the name of the school where each child attends, if applicable: Por favor incluya el nombre de la escuela donde atiende cada niño(a), si es aplicable:
Applicant/Aplicante	Applicant/Aplicante	On Front/En Frente	

Total Number in Family/Número Total en la Familia: _____

Please initial each box/*por favor ponga sus iniciales en cada caja:*

	<p>I authorize Smart Start of Forsyth County and its partnering agencies (WS/FCS, NC Pre-K and Family Services Head Start) to use the information in this application for the purpose of determining eligibility for state and federally funded Pre-K Programs, for data collection and program evaluation by the NC DPI, DCDEE and Compass Learning. <i>/La información proporcionada será utilizada y determinará la elegibilidad para Programas Pre-K del Condado de Forsyth. Yo autorizo que la información suministrada acerca de mi niño(a) sea compartida con los siguientes programas: Winston-Salem/Forsyth County Schools, Head Start y Forsyth County Smart Start, NC Pre-K y Compass Learning para los propósitos del programa y la evaluación de niños(as), estos programas también pueden compartir y verificar cualquier información acerca de mi niña(o) incluyendo toda la información en esta aplicación.</i></p>
	<p>I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (WS/FCS, NC Pre-K and Family Services Head Start). <i>/Doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evaluación del desarrollo en las áreas de aprendizaje, audición, visión, dental y/o pruebas del habla y lenguaje y también para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los otros programas de Pre-K (WS/FCS, NC Pre-K and Family Services Head Start)</i></p>
	<p>I understand that family involvement is expected if my child is selected for participation. <i>/ Entiendo que si mi niño (a) es seleccionado a participar, la participación de la familia será muy importante.</i></p>
	<p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be the family's responsibility. This program does <u>not</u> provide transportation. <i>/Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</i></p>
	<p>I understand that If there is a change in my child's address, phone number, or if there is change in family income, it is my responsibility to notify Smart Start of Forsyth County and inform them of any changes. <i>/Entiendo que si ay un cambio de domicilio, número de teléfono o en el ingreso de la familia es mi responsabilidad notificar Smart Start Del Condado de Forsyth.</i></p>
	<p>I understand that my child will need a current, updated health assessment within 30 days of enrolling in the program <i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico dentro de los 30 días de inscribirse al programa.</i></p>
	<p>I understand that my child may be placed on a waiting list <i>/Entiendo que podría estar en lista de espera.</i></p>



Signature/Firma

Date/Fecha



If a guardian signs, please attach documentation of guardianship/

Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.

How did you find out about this pre-k opportunity/application?/¿Cómo se enteró de esta oportunidad de pre-k / aplicación?

Tell us about your child/Cuéntenos sobre su hijo (a)

- Has your child ever been enrolled in a child care program or family child care home - even if they are not currently enrolled?/¿Alguna vez su niño(a) formo parte de algún programa Child Care o casa de cuidado de niños con licencia?
 ___Yes/Sí ___No

Who cares for your child during the day?/¿Quién cuida de su niño durante el día?

- Home with family/en el hogar con familia
- Babysitter/Relative/Niñeras/Parientes
- Public School/Escuela Publica
- Family Services Child Development Head Start
- Child Care Center/Centro de cuidado de niños o guardería
- Licensed Family Child Care Home/Casa de cuidado de niños con licencia

Name of Program your child is attending/Nombre del programa que su niño va actualmente:

When did your child begin attending this program?/¿Cuándo empezó el niño este programa?

Month/Mes: _____ Year/ Año: _____

Is child currently receiving subsidy?/¿Recibe su niño algún subsidio?

___ yes/sí Please specify/por favor especifique: **Smart Start Voucher** **DSS Voucher**
 ___ no, don't know/no, no se



If you have a voucher, please contact your case manager to discuss your needs. Smart Start vouchers do not cover before and after school care. / Si usted tiene un vale, por favor póngase en contacto con su administrador de caso para analizar sus necesidades.

Most program days are 6.5 hours long. Will your child need before and after school care because of your work or transportation needs?/ Casi todos los días del programa son de 6.5 horas de largo. ¿Va su hijo (a) necesitar cuidado antes o después de clase por cuestiones de trabajo o transporte?

___ yes/sí ___ no, don't know/no, no se



Limited before/after school care is available for a fee at some Pre-K sites. Parents must make arrangements with the center and are responsible for all fees. / Limitado antes y después del horario escolar está disponible por un cargo en algunos sitios pre kínder. Los padres deben de hacer arreglos con el centro y son responsables de todos los cargos.

Ingresos de la familia

★ Nota: la documentación de cada fuente de ingresos de la familia es requerida
★ Si en la columna del ingreso usted pone \$0, por favor de llenar el formulario Ningún Ingreso (página 8)

Por favor circule uno:

Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián Legal: _____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido Paternal

Domicilio de la Madre _____
 Número y Nombre de la calle # apartamento Ciudad Código Postal

Números de Teléfono _____
 Hogar Celular Trabajo

¿Empleada? ____ Sí ____ No **Nivel de Educación** _____ **¿Matriculados en la escuela?** ____ Si ____ No

Sueldo bruto antes de impuestos	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Manutención	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Mantenimiento del niño	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Compensación del trabajador	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Seguro Social/SSI/TANF/Work First	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal



Firma de la Madre: _____ **Fecha:** _____

Por favor circule uno:

Nombre del Padre/Padastro/Guardián Legal: _____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido Paternal

Domicilio del Padre _____
 Número y Nombre de la calle # apartamento Ciudad Código Postal

Números de Teléfono _____
 Hogar Celular Trabajo

¿Empleado? ____ Sí ____ No **Nivel de Educación** _____ **¿Matriculados en la escuela?** ____ Si ____ No

Sueldo bruto antes de impuestos	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Manutención	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Mantenimiento del niño	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Compensación del trabajador	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal
Seguro Social/SSI/TANF/Work First	\$ _____	Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> semanal



Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

NON-INCOME VERIFICATION FORM



If you are currently unemployed, and are not receiving unemployment benefits or other source of regular income, please complete this form and notarize:

This is to verify that I have provided support to:

Name of person who provides support for this family: _____
Including shelter, food, laundry and incidentals from: From: _____ To: _____
date date

Supporter's signature: _____
Address: _____
Phone number: _____

This is to verify that my children and I have had no income during this time:

From: _____ To: _____
date date

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 the agency and is accessible to me during normal business hours.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
Address: _____ Phone # _____
Child's Name: _____

Notary Public: _____ Date Notarized: _____ Stamp

FORMULARIO DE NINGÚN INGRESO



Si actualmente no está 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 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.

Firma del Padre o Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono # _____

Nombre del Niño: _____

Notario Publico: _____ Fecha: _____ Sello