



Date received: _____

1

Initials: _____



ORANGE COUNTY SCHOOLS

FIRST CHOICE FOR FAMILIES

Solicitud de Inscripción al Programa de Pre-Kindergarten de Título 1 2019-2020

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A) SOLICITANTE

Nombre completo del niño Nombre _____ Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento del niño (a): mes ____ día ____ año ____

Marque uno: ____ Masculino ____ Femenino

Raza del niño(a): _____

Idiomas que se hablan en casa: por favor, coloque una "P" por el idioma principal que se habla en el hogar y una "S" por el idioma secundario que se habla en el hogar (si aplica):

____ Lenguaje de Señas Americano ____ Árabe ____ Birmano ____ Inglés ____

Karen ____ Español ____ Otro, por favor especifique _____

Independientemente del idioma hablado, ¿a qué nivel habla su hijo inglés?

____ Fluido ____ Algo ____ Nada

Si el idioma primario de su hijo es algo distinto del inglés, ¿a qué nivel habla su idioma principal?

____ Fluido ____ Algo ____ Nada

Con quién vive el niño (sólo para propósitos de residencia, marque todas las que correspondan)

____ Madre ____ Padre ____ Otro, por favor especifique _____

Dirección residencial del solicitante del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SALUD DEL NIÑO (A) SOLICITANTE

¿El niño solicitante tiene seguro médico _____ Si ____ No

¿El niño solicitante tiene un proveedor de atención médica primaria? _____ Si ____ No

¿El niño solicitante tiene un Dentista primario? _____ Si ____ No

El niño(a) solicitante ha sido diagnosticado con barreras de aprendizaje; marque todas las que apliquen:

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

2

Initials: _____

Autismo	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Comportamiento/e mocional/social	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Otros problemas de salud	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Audición	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Impedimento Ortopedico	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Trastorno del Habla/lenguaje	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Lesión cerebral traumática	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Pre-K desarrollo retrasado	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Discapacidad visual	___Si ___No	Cuando:	Por quien:
Otro:		Cuando:	Por quien:
Otro:			

El niño solicitante recibe algún tipo de terapia (ejemplos: terapia ocupacional, fisioterapia, habla, psicológica) _____Si _____No

Por favor explique:

Otros problemas de salud mental/física:

EL PADRE/TUTOR DEBE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE INDICA LAS NECESIDADES DE SALUD MENCIONADAS ANTERIORMENTE. CADA NIÑO ACEPTADO EN UN CUPO DE PRE-K TENDRÁ QUE PRESENTAR UN FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE EVALUACIÓN DE SALUD DE NC, ADJUNTO, Y UN INFORME DE INMUNIZACIÓN ACTUALIZADO, COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICO DEL SOLICITANTE DEL NIÑO (A).

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

Initials: _____

NIÑO (A) SOLICITANTE INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Marque solo uno:

	El niño(a) solicitante NUNCA ha asistido a ningún tipo de programa de cuidado infantil.		
	El niño(a) solicitante asistió al programa de cuidado infantil previamente; Actualmente NO asisten.	¿Dónde?	Fechas de asistencia:
	El solicitante del niño está recibiendo subsidio del DSS y actualmente asiste al programa de cuidado infantil.	¿Dónde?	Fechas de asistencia:
	El solicitante del niño NO está recibiendo subsidio de DSS y actualmente está asistiendo a un programa de cuidado infantil.	¿Dónde?	Fechas de asistencia:
	El solicitante del niño tiene/está asistiendo a Early Head Start/Head Start.	¿Dónde?	Fechas de asistencia:

NIÑO(A) SOLICITANTE INFORMACIÓN DE CUSTODIA

DESCRIPCIÓN DE CUSTODIA

CUSTODIA ÚNICA: un arreglo por el cual solamente uno de los padres tiene la **custodia física** (el derecho y la obligación del padre Custodio de que su hijo/a viva con él/ella) y la **custodia legal** (el derecho y la obligación del padre custodia de tomar todas las decisiones sobre un Educación del niño, incluyendo la escolarización y la atención médica) de un niño. A menudo, en un único acuerdo de custodia, el otro padre tiene derechos de visita. La custodia única es usualmente indicada por una orden de la corte o por un Acta de nacimiento que solo tiene la información de un padre.

CUSTODIA CONJUNTA: un arreglo por el cual los padres que no viven juntos pero comparten la crianza de un niño. La custodia conjunta puede ser custodia legal conjunta (en la cual ambos padres tienen una decisión en las decisiones que afectan al niño), custodia física conjunta (en la cual el niño pasa una cantidad significativa de tiempo con ambos padres) o, muy raramente, ambos.

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

Initials: _____

Por favor, indique debajo del estado de custodia de su hijo. Tenga en cuenta que esta información se refiere a los padres biológicos (de nacimiento)/adoptivos del niño(a).

Custodia de _____ Es obtenida por (Por favor marque
Nombre completo del niño(a)

Las opciones apropiadas):

- Ambos padres.
- Conjuntamente, pero no en el mismo hogar. El niño vive con Madre Padre
- La madre tiene la custodia exclusiva; se debe proporcionar documentación legal.
- El padre tiene la custodia exclusiva; se debe proporcionar documentación legal.
- Tutor legal ordenado por la corte; se debe proporcionar documentación legal.
- Departamento de Servicios Sociales; se debe proporcionar documentación legal.
- Otros Especificar: _____;
se debe proporcionar documentación legal.

Certifico que la información antedicha es verdadera y exacta, y que si cualquiera de la información antedicha cambia, contactará al facilitador del programa de OCS Pre-K inmediatamente. Acepto presentar toda la documentación legal vigente.

FIRMA:

Padre/Guardian legal

Fecha

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

5

Initials: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

Padre/Guardian #1:

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección secundaria/postal: _____

teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____

Correo electrónico: _____

Lugar de empleo/trabajo primario: _____

Dirección de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Horas de trabajo: _____ Horas del trabajo secundario: _____

¿El padre/tutor #1 es un estudiante de tiempo completo? Si No

Padre/Guardian #2:

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección secundaria/postal: _____

teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____

Correo electrónico: _____

Lugar de empleo/trabajo primario: _____

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

6

Initials: _____

Dirección de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Horas de trabajo: _____ Horas del trabajo secundario: _____

¿El padre/tutor # 2 es un estudiante de tiempo completo? Si No

El padre/guardián debe ser residente del Condado de Orange y suministrar prueba de residencia.

	PADRE/GUARDIAN #1	PADRE/GUARDIAN #2
Nombre		
¿Qué idiomas hablan?		
¿A qué nivel de inglés hablas?	<input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada
Estado civil	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero
Nivel de grado más alto completado	<input type="checkbox"/> 9 o menos <input type="checkbox"/> 10, 11 o 12, pero no se graduó <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Grado Universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> 9 o menos <input type="checkbox"/> 10, 11 o 12, pero no se graduó <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Grado Universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
Relación con el niño solicitante	<input type="checkbox"/> Madre Biologica <input type="checkbox"/> Padre Biologico <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Guardian legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Madre Biologica <input type="checkbox"/> Padre Biologico <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Guardian legal <input type="checkbox"/> Otro
Por favor marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo medio tiempo <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo medio tiempo <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Retirado

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
 ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
 402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

Initials: _____

	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> Recibiendo capacitación laboral <input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> Recibiendo capacitación laboral <input type="checkbox"/> Buscando empleo
--	--	--

SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN DE TODOS LOS INGRESOS FAMILIARES. LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS NO MAYOR DE 2 MESES DE LA FECHA DE SOLICITUD DEBE SER ENVIADA (actual W-2 o 2 talones de pago consecutivos). UNA DECLARACIÓN ESCRITA FIRMADA DEBE PRESENTARSE PARA LAS FAMILIAS SIN INGRESOS.

INGRESO FAMILIAR: PADRE/GUARDIAN #1

Ingresos ANTES de impuestos	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Pensión alimenticia	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Manutención de menores	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Compensación/incapacidad de los trabajadores	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Desempleado	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
SS/SSI/TANF/Work First	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal

INGRESO FAMILIAR: PADRE/GUARDIAN #2

Ingresos ANTES de impuestos	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Pensión alimenticia	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Manutención de menores	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
Compensación/incapacidad de los trabajadores	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
 ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
 402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

Initials: _____

Desempleado	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal
SS/SSI/TANF/Work First	\$_____ Esta cantidad es __ Anual __ Mensual __ Quincenal __ Semanal

¿Alguno de los padres o tutores legales del niño solicitante es miembro ACTIVO de las fuerzas armadas? __ Sí __ No Quién? _____

OTROS MIEMBROS QUE VIVAN EN EL HOGAR (sin incluir al niño(a) solicitante y al padre/guardián):

Nombre	Fecha de Nacimiento	Genero	Si en la escuela, ¿dónde?	¿Lenguaje dual?	¿Qué Grado?	¿Relación con el solicitante del niño?
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				
	/ /	_M _F				

Tamaño de la familia: ¿Cuál es el número de padre (s)/guardián (es) y el número de niños (as), 18 años de edad y menos, para los que tienen la responsabilidad (incluir al niño solicitante en este número): _____

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA FAMILIAR

Su familia es/ha estado (en los últimos 12 meses) sin hogar/viviendo en un refugio/viviendo en el proyecto HomeStart ____ Si ____ No

Su familia vive en vivienda pública/sección 8 ____ Si ____ No

Su familia vive en una situación de vivienda temporal ____ Si ____ No

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278



Date received: _____

Initials: _____

Su familia se ha movido en los últimos 12 meses debido a circunstancias atenuantes/dificultades (ejemplo: no podía permitirse el alquiler, infestación, fuego, inundación, Robo) _____ Si _____ No

Su familia actualmente no tiene hogar/sin un lugar regular para dormir por la noche _____ Si _____ No

SI EL NIÑO SOLICITANTE Y EL PADRE, TUTOR LEGAL O CUSTODIO LEGAL VIVEN EN LA CASA/PROPIEDAD DE OTRA PERSONA: UNA DECLARACIÓN JURADA DE VIVIENDA COMPARTIDA, para ser completada por el padre del estudiante, guardián legal o custodio legal, y UNA DECLARACIÓN JURADA DE VIVIENDA COMPARTIDA, para ser completada por el propietario o arrendatario de propiedad, debe ser **notariada** y enviada con esta solicitud.

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta aplicación es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que soy responsable de contactar al facilitador del programa OCS pre-K, 919-732-9136, ext. 18003, con todos los cambios en la información de esta aplicación. Por mi firma, y la presentación de la documentación solicitada, otorgamos a nuestros financiadores y reguladores, las escuelas del Condado de Orange, la Asociación del Condado de Orange para niños pequeños, el título 1 Pre-K, y el Departamento de servicios sociales del Condado de Orange, para intercambiar información en relación con el solicitante del niño inscrito, con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas pre-K financiados por el estado y federalmente, y para la recolección de datos por la oficina de aprendizaje temprano de Carolina del Norte y la división de desarrollo infantil y educación temprana.

FIRMA:

□ _____
Padre/Guardian

Fecha

TODAS LAS APLICACIONES DEBEN ENVIARSE A:
ELLEN PERRY KAJI, OCS PRE-K PROGRAM FACILITATOR,
402 N. NASH STREET, HILLSBOROUGH, NC 27278