

# 2019-2020 SOLICITUD DEL NIÑO/A

Localidad de Preferencia:

Uso oficial



## A: INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre completo del niño/a		Fecha de nacimiento	
Dirección donde reside el/la niño/a	Ciudad	NC	Código postal
¿Cuál de estos describe la situación de vivienda de su familia? <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia o transición <input type="checkbox"/> Hotel/Motel/Campamento <input type="checkbox"/> Falta de dirección nocturna			
Género del niño/a	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Raza/Etnicidad del niño/a (Marque todas las opciones que correspondan. Debe escoger una.) <input type="checkbox"/> Blanca/o Americano-europea <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática			
¿Hispano/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es el niño/a residente de N.C.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es el niño/a ciudadano de U.S.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Qué idioma habla el/la niño/a en casa?			
¿El/La niño/a asiste actualmente a una guardería, preescolar, o a un programa de medio tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Si es así, ¿cuál es el nombre del programa?			
¿Alguna vez ha estado el/la niño/a en un establecimiento de guardería/preescolar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Si su respuesta es si, días y localidades de servicio?			
¿Su niño recibe servicios en esta localidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Al menos uno de los padres o tutores del niño/a es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido éste/a herido/a gravemente o ha muerto durante el servicio activo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Algunos de los siguientes factores adicionales se aplican a este niño/a? (Marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Discapacidad identificada (determinada porque el/la niño/a tiene un Plan Educativo Individualizado– IEP activo)			
<input type="checkbox"/> Condiciones de salud crónicas (determinadas por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia de células falciformes, cáncer, VIH, etc.)			
<input type="checkbox"/> Necesidades educativas del desarrollo (determinadas por los resultados de desempeño en una evaluación de desarrollo)			

# 2019-2020 SOLICITUD DEL NIÑO/A

Localidad de Preferencia:

Uso oficial



## B: INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #1:

Género

Masculino

Femenino

Relación con el/la niño/a

Madre

Padre

Otro, especifique:

Teléfono

Teléfono del trabajo

Correo electrónico

Marque todas las opciones que correspondan

- Desempleado/a
- Empleado/a
- Buscando empleo
- Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

- Mensual       Quincenal       Semanal       Cada dos semanas

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #2:

Género

Masculino

Femenino

Relación con el/la niño/a

Madre

Padre

Otro, especifique:

Teléfono

Teléfono del trabajo

Correo electrónico

Marque todas las opciones que correspondan

- Desempleado/a
- Empleado/a
- Buscando empleo
- Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

- Mensual       Quincenal       Semanal       Cada dos semanas

# 2019-2020 SOLICITUD DEL NIÑO/A



Localidad de Preferencia:

*Uso oficial*

Ingreso anual familiar. (Adjunte los documentos necesarios para cada uno de los padres/tutores.)	
<input type="checkbox"/> Sueldo bruto antes de impuestos	\$
<input type="checkbox"/> Manutención	\$
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$
<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral	\$
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Social-SSI/TANF/Work First	\$
<input type="checkbox"/> EL TOTAL <b><i>Uso Oficial</i></b>	\$

¿Con quién reside el/la niño/a?

- Ambos padres                       Otro, especifique:  
 Solamente con el padre  
 Solamente con la madre

¿Cuántos miembros hay en la familia? (Incluya el/la niño/a solicitante, a todos los adultos y otros/as niños/as en el hogar.)

Haga una lista de los familiares que viven con el/la niño/a y que se benefician de los ingresos de los padres/cuidadores del niño/a.

<b>1. Nombre</b>	<b>5. Nombre</b>
Relación con el/la niño/a	Relación con el/la niño/a
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
<b>2. Nombre</b>	<b>6. Nombre</b>
Relación con el/la niño/a	Relación con el/la niño/a
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
<b>3. Nombre</b>	<b>7. Nombre</b>
Relación con el/la niño/a	Relación con el/la niño/a
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
<b>4. Nombre</b>	<b>8. Nombre</b>
Relación con el/la niño/a	Relación con el/la niño/a
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento

# 2019-2020 SOLICITUD DEL NIÑO/A

Localidad de Preferencia:

Uso oficial



## C: EVALUACIONES DE DESARROLLO

La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a?

Sí

No

Si respondió sí, explique:

¿Se ha remitido al niño/a para una evaluación o se le ha identificado alguna una discapacidad?

Sí

No

¿Cuál fue la decisión de evaluación de este/a niño/a?

- No se identificó ninguna discapacidad
- La decisión de la evaluación se encuentra en proceso
- Se identificaron una o más discapacidades
- No lo sé
- No es aplicable

¿Qué condiciones se identificaron? (Marque todas las opciones que correspondan.)

- Autista
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad ortopédica
- Discapacidad mental severa/muy severa
- Discapacidad de habla/lenguaje
- Discapacidad visual
- Discapacidad emocional/de comportamiento
- Discapacidad múltiple (explique)
- Retraso en el desarrollo preescolar/permanente
- Otra deficiencia de la salud
- No es aplicable

¿Se ha remitido al niño/a para servicios de asistencia? (Terapias del habla, Física, Ocupacional)

Sí

No

¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es?

Sí

No

Si su respuesta es así, por favor liste:

¿El/La niño/a tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) activo?

Sí

No

# 2019-2020 SOLICITUD DEL NIÑO/A

Localidad de Preferencia:

Uso oficial



## D: OPCIONES DE UBICACIÓN PARA PRE-K NC

1ra opción	2da opción	3ra opción	No tengo preferencia
------------	------------	------------	----------------------

## E: CERTIFICACIÓN & FIRMA

Al firmar este formulario certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta solicitud.

Yo le doy autorización al programa de NC Pre-K a donde mi niño/a asiste a que comparta los resultados de exámenes médicos, las evaluaciones del desarrollo y evaluaciones formativas de mi niño/a Smart Start del Condado de Transylvania.

Firma del adulto

Fecha de hoy

## F: LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

¿Recordaste:

- Firmar y escribir la fecha de la solicitud?
- Incluir prueba de la fecha de nacimiento del niño/a?
- Incluir comprobante de ingresos familiares para todos los padres/cuidadores que trabajan?
- Si el/la niño/a está en cuidado de crianza (hogar de acogida temporal), incluir la documentación de colocación?
- Si el/la niño/a tiene un IEP, incluir una copia del IEP?

**Las solicitudes y la documentación de respaldo deben enviarse por correo o correo electrónico a:**

Smart Start of Transylvania County  
Attn: NC Pre-K  
PO Box 1676  
Brevard, NC 28172

Correo electrónico: [rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org](mailto:rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org)

¿Preguntas? Llame a Rebecca Snurr al (828) 877-3025