

Durham County Pre-Kindergarten Application (2019-20)/Solicitud de Programas Pre-Ecolares (2019-20) del Condado de Durham

Child's Name/Nombre del Niño/a: _____
(Last/Apellido) (First/Nombre) (Middle/Segundo Nombre)

Child's Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Niño/a: ____/____/____ Gender/Sexo: Male/Masculino Female/Femenino

Is this child of Hispanic origin? / ¿Es este niño de origen hispano? Y N

Race (check all that apply)/ Raza (verifique todo lo que aplica):

American Indian or Alaska Native/Indio americano o Nativo de Alaska Asian/Asiático Black or African American/Negro o afro americano Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Isleño de Pacífico hawaiano u Otro nativo White or European American/Americano blanco o europeo

Child speaks English/Su niño/a habla inglés:

All the time – knows no other language/ Todo el tiempo – no sabe otro idioma Most of the time/La mayoría del tiempo
 Some of the time/Un poco del tiempo Does not speak English/No habla Inglés

Parent/Guardian Information * Proof of Legal Guardianship will be required*/ Información del Padre/Guardián * Se requiere una prueba legal de custodia*

Marital Status (Check one)/ Estado Civil (Marque Uno): Single/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado Living with Partner/Unión Libre
 Separated/Separado Widowed/Enviudado

1. Legal Guardian's Name/ Nombre del Guardián legal: _____

Race/Raza: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Home Language/Idioma de la casa: _____

Primary Phone/ Teléfono: _____ Alternate phone/ Otro número de teléfono: _____

Full Address/Dirección Completa: _____

Name of Employer/ Nombre del Empleador: _____

Employer's Address/Dirección del Trabajo: _____

Relationship to Pre-K Child/Relación con el niño/a de pre-kínder: _____

Email/Correo Electrónico: _____

Highest Level of Education (Check one)/ Nivel de Educación (Marque Uno):

Did Not Finish High School/No Terminó la Escuela High School Graduate/Graduado de Secundaria GED Some College/Algunos Estudios
Universitarios College Graduate/Graduado de una Universidad Post Baccalaureate Study/Estudios de Postgrado

Last Grade Completed/Ultimo Año Completado _____

Is the parent/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/Si No

Marital Status (Check one)/ Estado Civil (Marque Uno): Single/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado Living with Partner/Unión Libre
 Separated/Separado Widowed/Enviudado

2. Legal Guardian's Name/ Nombre del Guardián legal: _____

Race/Raza: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Home Language/Idioma de la casa: _____

Primary Phone/ Teléfono: _____ Alternate phone/ Otro número de teléfono: _____

Full Address/Dirección Completa: _____

Name of Employer/ Nombre del Empleador: _____

Employer's Address/Dirección del Trabajo: _____

Relationship to Pre-K Child/Relación con el niño/a de pre-kínder: _____

Email/Correo Electrónico: _____

Highest Level of Education (Check one)/ Nivel de Educación (Marque Uno):

Did Not Finish High School/No Terminó la Escuela High School Graduate/Graduado de Secundaria GED Some College/Algunos Estudios
Universitarios College Graduate/Graduado de una Universidad Post Baccalaureate Study/Estudios de Postgrado

Last Grade Completed/Ultimo Año Completado _____

Is the parent/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/Si No

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

Child's Address/ Dirección del Niño/a: _____
(Street/Calle) (City/Cuidad) (State/Estado) (Zip) (County/Condado)

Is this child a US citizen?/ ¿Es este niño(a) ciudadano de EU? Yes/ Sí No **A NC Resident?/¿Residente de Carolina del Norte?** Yes/ Sí No
A Durham County Resident?/¿Residente del Condado de Durham? Yes/ Sí No

Does child have health insurance?/ ¿Tiene el niño/a seguro de salud? Yes No If yes, please list insurance company/ Si es así, ponga el nombre de la compañía de seguro (ex., Medicaid, Blue Cross/Blue Shield) _____ What County?/¿Qué condado?: _____

Child's primary doctor or clinic(please list name and phone)/El doctor primario o clínica de salud del niño/a (por favor liste el nombre y número de teléfono):
_____ Phone #/ Número de Teléfono: (919) _____

Child's dental provider(please list name and phone)/El dentista del niño/a (por favor liste el nombre y número de teléfono):
_____ Phone #/ Número de Teléfono: (919) _____

Is child potty trained?/¿El niño/a ya sabe usar el baño? Yes No

Current Child Care Arrangements/Cuidado infantil actual:

Family/Friend/ Familia/amigo Child Care Center/ Guardería Family Child Care/Home Day Care/ Guardería en una casa (liste abajo)

Site or family/friend name/ El nombre de la guardería o familia/amigo _____

Address/ Dirección _____

Dates of attendance (Month and Year)/ Fechas de asistencia (Mes y Año): _____

Is this child receiving child care assistance? /¿Recibiendo subsidio de guarderías para este niño? Yes/ Sí No

Is this child on a wait list for child care assistance?/ ¿Está este niño/a en la lista de espera para subsidio de guarderías? Yes/ Sí No

Previous childcare arrangements within the past three (3) years/ Cuidado infantil anterior dentro de los pasados tres (3) años:

1. Family/Friend/ Familia/amigo Child Care Center/ Guardería Family Child Care/Home Day Care/ Guardería en una casa (liste abajo)

Site or family/friend name/ El nombre de la guardería o familia/amigo _____

Address/ Dirección _____

Dates of attendance (Month and Year)/ Fechas de asistencia (Mes y Año): _____

Why Withdrawn?/ ¿Por qué fue retirado? _____

2. Family/Friend/ Familia/amigo Child Care Center/ Guardería Family Child Care/Home Day Care/ Guardería en una casa (liste abajo)

Site or family/friend name/ El nombre de la guardería o familia/amigo _____

Address/ Dirección _____

Dates of attendance (Month and Year)/ Fechas de asistencia (Mes y Año): _____

Why Withdrawn?/ ¿Por qué fue retirado? _____

Does this child have any chronic health conditions?/ ¿Tiene este niño(a) una condición crónica de salud? Yes/ Sí No

List condition (s)?/ ¿Si es así, cual condición? _____

*** If a chronic health condition exists, verifiable documentation from a health professional will be required. ***

*** Si tiene una condición de salud crónica, documentación verificable de un profesional de la salud será requerida. ***

Does this child have an active Individualized Education Plan or Private Service Plan?/¿Tiene este niño(a) un IEP (Plan Individualizado de Educación) o un plan de los servicios privados activo? Yes/ Sí No

Please Check which Plan/ Por Favor, marque cual plan: Individualized Education Plan/ Plan Individualizado de Educación (IEP)
 Private Service Plan/ Plan de los servicios privados

Does this child receive special services (ex., Speech or Occupational Therapy)? / ¿Recibe este niño(a) servicios especiales (por ejemplo, terapia de la lengua)?
 Yes/ Sí No If this child receives special services, what kind? / Si este niño(a) recibe servicios especiales, ¿de qué tipo? _____

Who provides the services listed above?/ ¿Quién brinda los servicios mencionados? _____

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

Household/Family Member Information/ Información de la Vivienda/Miembros de Familia

Total number of minor children (**Pre-K Child and siblings under 18**) living in the household/ Número total de niños menores que viven en la casa (**Niño/a de Pre-Kinder y hermanos(as) menores de 18 años**): _____

Please list below/ Por Favor, escribalos más abajo

Number of blood relatives, parents, and/or legal guardians contributing to household income/ Número de parientes de sangre, padres, y/o guardianes legales que contribuyen al ingreso de la vivienda: _____

Please list below/ Por Favor, escribalos más abajo

Number of Adults (age 18 and over) living in the House/ Número de adultos en la casa (de 18 años de edad y mayor): _____

Please list below/ Por Favor, escribalos más abajo

Please List Names, Dates of Birth, and Relationship to Pre-K Child of all individuals living in household below/ Por Favor, escriba abajo los nombres, fechas de nacimientos y relación con Niño/a de Pre-Kinder de todos los individuos viviendo en la casa:

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Relationship to Pre-K Child/Relación con el Niño/a de Pre-Kinder
		Pre-K Child/Niño/a de Pre-Kinder

Emergency Contact Information (other than parent/guardian)/Información de contacto de emergencia (no incluyendo los padres/ guardianes):

Name/Nombre: _____ Relationship to child/ Relación con el solicitante: _____

Phone/ Número de teléfono: _____ Alternate Phone/ Número de teléfono alternativo: _____

Name/Nombre: _____ Relationship to child/ Relación con el solicitante: _____

Phone/ Número de teléfono: _____ Alternate Phone/ Número de teléfono alternativo: _____

Name/Nombre: _____ Relationship to child/ Relación con el solicitante: _____

Phone/ Número de teléfono: _____ Alternate Phone/ Número de teléfono alternativo: _____

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

Household Income

Primary Guardian's Income

Employer _____ Number of Hours Worked Weekly: _____

Currently attending High School/College /Trade or Professional School Yes No, # of Hours in School: _____

Employment	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Public Assistance (Ex. Work First, Housing)	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Social Security/SSA	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Supplemental Security/SSI	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Unemployment Insurance	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Scholarships/Grants	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Quarterly	<input type="checkbox"/> Annually		<input type="checkbox"/> N/A
Food Stamps/Wic (Please Circle Which)	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Other: _____	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A

Method of Documentation

- Child Support Letter
- Public Assistance Form
- Rent Calculation Form
- Pay Stubs
- SSI/SSA Statement
- Unemployment Letter
- Income Letter (from Employer)
- Class Schedule
- Financial Assistance Form
- Other (Specify) _____

Secondary Guardian's Income

Employer _____ Number of Hours Worked Weekly: _____

Currently attending High School/College /Trade or Professional School Yes No, # of Hours in School: _____

Employment	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Public Assistance (Ex. Work First, Housing)	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Social Security/SSA	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Supplemental Security/SSI	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Unemployment Insurance	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Scholarships/Grants	<input type="checkbox"/> Semester	<input type="checkbox"/> Quarterly	<input type="checkbox"/> Annually		<input type="checkbox"/> N/A
Food Stamps/Wic (Please Circle Which)	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A
Other: _____	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Biweekly	<input type="checkbox"/> Twice Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> N/A

Method of Documentation

- Child Support Letter
- Public Assistance Form
- Rent Calculation Form
- Pay Stubs
- SSI/SSA Statement
- Unemployment Letter
- Income Letter (from Employer)
- Class Schedule
- Financial Assistance Form
- Other (Specify) _____

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

Recursos de Ingreso de la Vivienda

Ingresos del guardián legal principal

Empleador _____ Número de horas que trabaja semanal: _____

Actualmente estoy atendiendo la secundaria/universidad / escuela comercial o escuela profesional Si No Número de horas en la escuela: _____

Trabajo	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Asistencia Pública (Ex. Work First, Housing)	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro Social/SSA	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro Suplementario/SSI	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Manutención/Pensión	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Becas de Educación/Subvención de Educación	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Estampillas de Comida/WIC (Circule, por favor)	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A

Tipo de Documentos

- Carta de Manutención del niño Documentos de Asistencia Pública Carta de Desempleo
 Talones de Cheques Declaración de SSI/SSA Carta de Ingresos (de Empleador) Inscripción de Escuela
 Formulario de Asistencia Financiera Formulario de Cálculo de la Renta
 Otro (Especifique) _____

Ingresos del guardián legal secundario

Empleador _____ Número de horas que trabaja semanal: _____

Actualmente estoy atendiendo la secundaria/universidad / escuela comercial o escuela profesional Si No Número de horas en la escuela: _____

Trabajo	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Asistencia Pública (Ex. Work First, Housing)	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro Social/SSA	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro Suplementario/SSI	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Manutención/Pensión	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Becas de Educación/Subvención de Educación	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Estampillas de Comida/WIC (Circule, por favor)	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Doble Mensual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> N/A

Tipo de Documentos

- Carta de Manutención del niño Documentos de Asistencia Pública Carta de Desempleo
 Talones de Cheques Declaración de SSI/SSA Carta de Ingresos (de Empleador) Inscripción de Escuela
 Formulario de Asistencia Financiera Formulario de Cálculo de la Renta
 Otro (Especifique) _____

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

**No Child Left Behind: McKinney-Vento Act Eligibility Form/ Ningún Niño Se Quede Atrás: Forma De Elegibilidad De Acto McKinney-Vento
Durham County Universal Pre-Kindergarten Programs/ Programas Pre-Escolares Universal del Condado de Durham**

Is the student living in any of the following situations? / ¿Vive el estudiante en cualquiera de las siguientes situaciones?
(Please complete one form per family.) / (Por favor, complete un formulario por familia.)

____ Sharing housing with relatives or others due to a lack of housing/ vivienda compartida con familiares o otras personas debido a la falta de vivienda

____ In a shelter or transitional living program/ en un albergue o programa de vivienda transitoria

____ In a motel, hotel, park or campground due to lack of adequate housing/ en un motel, hotel, parque o campamento debido a la falta de vivienda adecuada

____ In a car or RV or in a public place (such as a bus station)/ en un automóvil o otro vehículo o en un lugar público (como una estación de autobús)

____ In sub-standard housing, such as an abandoned building/ en viviendas que no reúnen condiciones de habitabilidad, tales como un edificio abandonado

____ Without a parent or guardian, or a teen (up to age 18) living independently/ sin un padre o tutor, o un adolescente (hasta 18 años de edad) que viven de forma independiente

____ Awaiting foster care placement/ a la espera de la colocación de cuidado de crianza

____ Parents are migrant workers/los padres son trabajadores migrantes

____ In other situations that are not fixed, regular, or adequate for nighttime residence/ en otras situaciones que no son fijas, regulares, o adecuado para la residencia en la noche

____ None of the above/ ninguna de las arriba

Please list all children living with you up to age 18. Please include children of all ages and if they are attending an educational program. / Por favor, liste todos los niños que viven con usted hasta la edad de 18 años. Por favor, incluya a los niños de todas las edades y si asisten a un programa educativo.

Name/ Nombre

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

School attending/ Escuela que Asiste

Phone Number/Número de teléfono: _____

Alternate phone/ Otro número de teléfono: _____

Child's Name/ Nombre del Niño: _____

Please read carefully, initial each paragraph, sign and date/ Por favor lea cuidadosamente, inicial de cada párrafo, firma y pone la fecha:

_____ I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of state and federal funds; that program officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state laws and/or immediate withdrawal of my child from the pre-k program. *Yo certifico que toda la información de arriba es verdadera y correcta y que he reportado todo mis ingresos. Yo entiendo que esta información es dada para recibir fondos estatales y federales; que los oficiales de los programas pueden verificar la información de la solicitud; y que la misinterpretación deliberada de la información me puede sujetar a persecución bajo las leyes aplicables del estado y/o el retiro inmediato de mi hijo(a) del programa Pre-Escolar.*

_____ I understand that I will be releasing information that will show that I am applying for my 4 year old to be considered for the Durham County's pre-k programs. I understand that this information will be shared with other parties such as DSS Subsidy, Durham Public Schools (Pre-K), Durham Head Start, Child Care Services Association, and Durham NCPK sites. The information on this form may be used in the determination of eligibility for the pre-k programs and for means to study and or improve the pre-k program. I give up my rights on confidentiality for these purposes only. *Yo entiendo que yo daré información que muestre que estoy aplicando para que mi hijo de 4 años sea considerado para los programas Pre-Escolar. Yo entiendo que esta información será compartida con otras entidades tales como DSS Subsidy, Escuelas Públicas de Durham (Pre-K), Head Start del Condado de Durham, Child Care Services Association (CCSA) y guarderías de NC Pre-K de Durham. La información en esta solicitud puede ser utilizada en la determinación de elegibilidad para los programas de Pre-Kinder, para estudiar y mejorar el programa de Pre-Kinder. Yo renuncio a mis derechos acerca de la confidencialidad para estos propósitos solamente.*

_____ I certify that I am the parent/legal guardian of the child for whom this application is being made. *Yo certifico que soy el padre/guardián legal del niño/a para quien esta solicitud es hecha.*

_____ I understand that in the event I incur late fees after the NC Pre-K day if left unpaid this may jeopardize my participation in the NC Pre-K program and may result in suspension from the program/*Comprendo que en caso de yo contraer cargos adicionales después de que el día de NC Pre-K, si se dejan sin pagar esto podría afectar mi participación en el programa de NC Pre-K y puede tener como resultado suspensión del programa.*

_____ I understand that there may be a waiting list for services. **Yo entiendo que es posible que haya una lista de espera para servicios.**

_____ I understand that if my child is selected to participate in a program, family involvement will be critical to the success of my child. My family will commit to participate with program staff to submit necessary documentation and application for additional services. *Yo entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado para participar en los programas Pre-Escolar, la participación de los padres de familia será crítica para el éxito de mi hijo(a). Yo/Nosotros nos comprometemos a participar como sea requerido por el criterio de los programas.*

_____ I understand that transportation to and from Pre-K Programs is not available and is the responsibility of my family. **Yo entiendo que el transporte a y de cada programa Pre-Escolar no está disponible y es la responsabilidad de mi familia.**

_____ I understand that this application will be considered for any and all programs indicated. Assignments will be based on program eligibility and availability. Family requests cannot always be honored. *Yo entiendo que esta aplicación será considerada para cualquier y todos los programas indicados. Las asignaciones serán basadas en la elegibilidad del programa y la disponibilidad. Los pedidos de la familia no siempre pueden ser cumplidos.*

_____ I understand that if there is any change in my child's status - address, attendance in any type of licensed care (family child care home, child care center and/or preschool program), phone numbers, guardianship, etc., I will contact the pre-kindergarten agencies immediately and inform them of changes. *Yo entiendo que si hubiera cualquier cambio en el estatus de mi niño/a - mi dirección, asistencia en cualquier tipo del cuidado infantil con licencia (guardería tipo casa de familia, guardería tipo centro y/o el programa pre-escolar), números de teléfono, la tutela, etc., yo contactaré a las agencias de los programas pre-escolares inmediatamente para informarle de los cambios.*

_____ I understand that my child is required to attend school during days of operation. **I understand excessive unexcused absences may jeopardize my child's participation in the program.** *Entiendo que se requiere que mi hijo asista a la escuela durante los días de operación. Entiendo que las ausencias no perdonadas excesivas pueden poner en peligro la participación de mi hijo en el programa.*

_____ I understand that my child will need a current, completed health assessment, dental, hearing, vision screening and immunizations upon acceptance into a pre-kindergarten program. Failure to do so may result in suspension from the program. *Yo entiendo que mi niño necesitará un examen físico completo y actual, examen de audición, dental, visión y vacunas recientes después de ser aceptado en un programa pre-escolar y no hacerlo puede resultar en suspensión del programa.*

_____ **If Accepted for private site placement/Si Aceptado para la asignación de sitio privado,** I would like my home or work (circle) address used/quiero mi dirección de la casa o el trabajo (circule) utilizada.

How did you hear about us?/ ¿Cómo se informó sobre nosotros? : _____

Parent/Legal Guardian Signature (Required)/ Firma del padre/guardián legal (requerida)

Date/Fecha

FOR OFFICE USE ONLY:

Agency completing application: Head Start NC Pre-K DPS DSS CCSA EDCI Parent Book Babies

Application completed or reviewed by (staff name; please print):

Developmental Screening Date and Time:

Please print form, add signature and date, and bring with you to your appointment.