



Human Services



WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM



Head Start
Telamon Corporation



Wake County Pre-Kindergarten Initial Application 2011-2012 Aplicación Inicial Pre-Kinder del Condado de Wake 2011-2012

For children born on/or between September 1, 2006 and August 31, 2007

If child is not four by August 31, 2011, please see last page of application.

Para niños nacidos en/o entre el 1 de septiembre de 2006 y el 31 de agosto de 2007.

Si su niño(a) no ha cumplido los cuatro años para el 31 de agosto, 2011, por favor vea la última página de la aplicación.

Please note: Only complete application packages will be accepted. All others will be returned.

Atención: Solamente los paquetes completos serán aceptados. Los demás serán devueltos.

Child's full name/el nombre completo del niño(a): _____

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 _____

Demographics/Demográficas, Ethnicity/etnia 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:

- White/European/Blanco/Europeo
- Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo de Hawaii/Islas Pacificas
- Native American/Alaskan/Indio Americano/Nativo de Alaska
- Black/African/Negro/Africano
- Asian/Asiático

Parent/Guardian name/Nombre del padre/guardián: _____

Relationship to child/Relación al niño(a): _____

Family Address (please include street address, city and zip code)/Dirección familiar (por favor incluye calle, ciudad y 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 number/Teléfono: _____

Alternate phone number/Número de teléfono alternativo: _____

E-mail address/Correo electrónico: _____

How will your child get to school?/¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela? _____

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/sí no

What language does your child most frequently use to communicate?/¿Qué idioma habla su niño con más frecuencia para comunicarse? _____

What language do you most frequently speak to your son/daughter?/¿Qué idioma habla usted con más frecuencia con su hijo/hija? _____

What language did your child learn when he/she first began to talk?/ ¿Qué idioma aprendió su niño cuando él/ella comenzó a hablar? _____

How well does your child speak English?/¿Cómo de bien habla inglés su niño(a)?

___very well/muy bien ___ well/bien ___ not well/no muy bien ___ not at all/nada en absolute

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

Children with IEPs currently served in Wake County schools can receive their developmental screening that is required for consideration for these programs by their current teacher/Niños que se encuentran en IEP en las escuelas del condado de Wake pueden recibir la evaluación de desarrollo que es requerida para ser considerados en estos programas por su maestro actual.

Does your child have an IEP (Individualized Education Plan)?/¿Tiene su niño(a) un IEP (Plan de Educación Individualizado)? Please include copy/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 Wake County Public School System to provide a copy of the IEP to More at Four partnering agencies(Wake County SmartStart and Telamon Head Start)/Le doy mi permiso a WCPSS para dar una copia del IEP a otras agencias asociadas de More at Four.

___ I do not give permission for Wake County Public School System to provide a copy of the IEP to More at Four partnering agencies/No le doy mi permiso al WCPSS para dar una copia del IEP a otras agencias asociadas de More at Four

Signature/Firma _____

... 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 /terapia de habla

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 sé

Has your child received a Brigance developmental screening or other educational evaluation?/¿Ha recibido su niño(a) prueba de desarrollo Brigance o otras evaluaciones educacionales?

___ yes/sí Please specify/por favor, especifique: _____

___ no, don't know/no, no sé

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

	<p>I authorize partnering Pre-K agencies (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, Wake County Human Services and Telamon 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 by the Office of Early Learning. /La información proporcionada será utilizada y determinará la elegibilidad para los programas Pre-K del Condado de Wake. Yo autorizo que la información suministrada acerca de mi niño(a) sea compartida con los siguientes programas: Wake County Human Services, Wake County Public School System, Telamon Head Start y Wake County SmartStart More at Four 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.</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 (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, and Telamon Head Start). /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 (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart and Telamon Head Start)</p>
	<p>I understand that if my child is selected for participation, family involvement is expected. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services. /Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado a participar, la participación de la familia será muy importante. Mi familia se compromete a participar y cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitud necesaria para servicios adicionales.</p>
	<p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be family's responsibility. /Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia. How will your child get to school? / ¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela? _____ _____</p>
	<p>I understand that If there is a change in my child's address, phone number or attendance in any type of licensed care, or if there is change in family income, it is my responsibility to notify the Pre-K Application Center and inform them of any changes. /Entiendo que si hay algún cambio de información de mi niño(a) me pondré en contacto de inmediato con el centro de Aplicación Pre-K y les informaré de cambios ocurridos.</p>
	<p>I understand that my child will need a current, updated health assessment before s/he attends a program. /Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico antes de asistir al programa.</p>
	<p>I understand that my child may be placed on a waiting list /Entiendo que podría estar en lista de espera.</p>

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

Who cares for your child during the day?/¿Quién cuida de su niño durante el día?
 Complete only Box A or B/Conteste solo caja A o caja B.

Box A

<input type="checkbox"/> Babysitter/Relative/Niñeras/Parientes
<input type="checkbox"/> Home with family/en el hogar con familia
Has your child ever been enrolled in 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

Box B

<input type="checkbox"/> Public School/Escuela Publica
<input type="checkbox"/> Head Start
<input type="checkbox"/> Child Care Center/Centro de cuidado de niños o guardería
<input type="checkbox"/> 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 el niño empezó este programa? Month/Mes:_____ Year/ Año: _____
How many hours per day does your child attend?/¿Cuántas horas al día va su niño a este programa? _____
How many days per week does your child attend?/¿Cuántos días a la semana asiste? _____
Is child currently receiving subsidy?/¿Recibe su niño algún subsidio? ___Yes/Sí ___No, I have never applied for subsidy/No, Yo nunca lo he solicitado para subsidio. ___No, I am on the waiting list/No, yo estoy en una lista de espera. ___No, I am not eligible for subsidy/No. no soy elegible para subsidio.

Please list all family members in the household:

Name/Nombre	Relationship to Child/ Relación al Niña(o)	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Please Check if Child Has Special Needs/Por Favor Indique si Su Niño(a) Tiene Necesidades Especiales
Applicant/Aplicante	Applicant/Aplicante	On Front/En Frente	

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

Family Income

NOTE: Documentation of each applicable source of family's income is required.

Mother's/Stepmother's/Guardian's Name: _____

Employed? Yes No

Current Wages BEFORE Taxes	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Alimony	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Child Support	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Workers' Comp	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Unemployment	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
SSI/TANF/Work First	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly

Father's/Stepfather's/Guardian's Name: _____

Employed? Yes No

Current Wages BEFORE Taxes	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Alimony	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Child Support	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Workers' Comp	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
Unemployment	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly
SSI/TANF/Work First	\$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly

If \$0 income is reported, please provide a statement of explanation (please attach documentation):

For office use only:

MAF	Head Start
-----	------------

The last day to apply for Title I is May 1, 2011. Income eligibility is not required nor considered for the Title I program. In checking this box, I indicate that I am only interested in Wake County Public School System's Title I Program and choose not to submit income information. I understand that my child must receive Brigance Screening in order to be considered for Title I. It is my responsibility to make arrangements and bring my child for screening. I also understand that if I do not complete this page and submit documentation; my child's application will not be considered for Head Start, More at Four or Child Care Subsidy funding.

I certify that all information provided is true, correct and complete. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds. Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable state laws./Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportado. Entiendo que esta información es dada para el recibo de fondos del programa. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en su contra conforme a leyes estatales de Carolina del Norte.

Parent/Guardian Signature*/firma de padre/guardián*: _____

Date/fecha: _____

Relationship to child/relación al niño(a): _____

* If guardian signs, please attach documentation of guardianship/si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.

Ingresos de la familia

Nota: la documentación de cada fuente de ingresos de la familia es requerida

Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián: _____

¿Empleada? Sí No

Sueldo bruto antes de impuestos	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal
Manutención	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal

Nombre del Padre/Padrasto/Guardián

¿Empleado? Sí No

Sueldo bruto antes de impuestos	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal
Manutención	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <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"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal

Si en la columna del ingreso usted pone \$0, por favor explique porque no hay ingreso. (Por favor, incluye documentación)

For office use only:

MAF	Head Start
-----	------------

El último día para llenar su solicitud para el Título 1 es el 1ro de Mayo del 2011. Para ser elegible para este programa usted no tiene que cualificar por un ingreso específico. Si lleno el encasillado, estoy indicando que solo estoy interesado en el Programa de Título 1 del Sistema Escolar de Wake County y prefiero no divulgar la información de mis ingresos. También entiendo que mi niño tiene que recibir una evaluación de "Brigance" para poder ser considerado para Título 1. Yo soy responsable de hacer la cita para traer a mi niño para que sea examinado. Entiendo que si yo no completo esta página y traigo la documentación requerida, la aplicación de mi niño no va a ser aceptada para Head Start, More at Four o Child Care Subsidy.

I certify that all information provided is true, correct and complete. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds. Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable state laws./Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportado. Entiendo que esta información es dada para el recibo de fondos del programa. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en su contra conforme a las leyes estatales de Carolina del Norte.

Parent/Guardian Signature*/firma de padre/guardian: * _____

Date/fecha: _____

Relationship to child/relación al niño(a): _____

* If guardian signs, please attach documentation of guardianship/si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.

1. Please attach the following:/por favor incluya los siguientes:

Required Documentation for Processing Application

- Birth Certificate (copy)
- Wake County Residency - mortgage, letter from home owner (with copy of owner's utility bill), lease, contract or utility bill
- Any source of family income - check stubs, statement from supervisor or caseworker, award letter, W-2, IRS 1040

Documentación requerida antes de que la aplicación sea procesada

- Acta de nacimiento (copia)
- Prueba de domicilio - hipoteca, factura de electricidad, agua o gas en su nombre (si vive con otra persona, carta, notariada y firmada por la persona con quien vive.
- Cualquier fuente de ingresos de la familia - talones de cheques o carta firmada por el patrón, supervisor o trabajador(a) social, W-2, IRS 1040

2. Mail complete application to:/y enviar la aplicación completa a:

Pre-K Application Center
1121 Situs Court, Suite 250
Raleigh, NC 27606

Please note: Only completed application packages will be accepted. All others will be returned
Atención: Solamente los paquetes completos serán aceptados. Los demás serán devueltos.

For questions or additional information, please call Pre-K Application Staff at 919.851.9550.
Para preguntas o información adicional, por favor llame al personal de Pre-K Aplicación 919.851.9550.

Documentation required before school attendance:

- Immunization records
- Current health assessment - within 1 year of program attendance
- Title I requires copy of certified birth certificate
- TB test (for Head Start only)

Documentación requerida antes de asistir a la escuela:

- Tarjeta de vacunación
- Reciente examen médico (físico)
- Copia del acta de nacimiento oficial (para Título I solamente)
- Prueba de TB (para Head Start solamente)

Note/nota: If child is still 3 (born September 1, 2007 – August 31, 2008) send to:
Si su niño(a) tiene los tres años (nacido entre 1 de septiembre, 2007 – 31 de agosto, 2008) por favor envíela a:

Telamon Corporation
North Carolina Head Start
5560 Munford Road, Ste 201
Raleigh, NC 27612