



Human Services



WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM



Head Start Telamon Corporation



Wake County Pre-Kindergarten Initial Application 2010-2011

Aplicación Inicial Pre-Kinder del Condado de Wake 2010-2011

for children who will be four years old on or before August 31, 2010

para niños que tengan cuatros años cumplidos en o antes del 31 de agosto, 2010

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

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

Child's full name/el nombre completo del niño (a) _____
first/primer last/apellido

Please check one: boy/niño girl/niña

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

Child's Race/Ethnicity/Raza/etnia del niño(a)

Please mark all that apply/Por favor marque todo que se aplica

- 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
- Spanish/Latino/Hispano/Latino

Address (please include street address, city and zip code)/Dirección(por favor incluye calle, ciudad y zip code)

Street, city and zip code/Calle, ciudad y zip code

Is family homeless (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)? ¿Está desamparada su familia (temporalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares o en un hotel)?

yes/sí no or don't know/no o no sé

Phone number/Teléfono: _____

Alternate phone number/Teléfono de emergencia: _____

E-mail address/Correo electrónico _____

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

Relationship to child/Relación al niño(a) _____

Is 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 activa in el servicio militar?

yes/sí no

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/en absoluto

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

yes/sí no or don't know/no o no sé

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

I give permission for WCPSS (Wake County Public School System) to provide a copy of the IEP to More at Four partnering agencies/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 WCPSS 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 _____

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? (como asma, diabetes?)

yes/sí no, don't know/no, no sé

Has your child received a Brigance developmental screening or evaluation?/¿Ha recibido su niño(a) pruebas o evaluaciones de desarrollo?

yes/sí no, don't know/no, no sé

Please check all that apply/por favor marque todo que se aplica

Child has never attended any preschool, Head Start or child care program/Su niño(a) nunca ha asistido alguna vez algún programa de cuidado de los niños - jardín infantil o programa de Head Start.

Child is not currently attending (is at home now - but may have attended in the past)/Su niño(a) no asiste actualmente (está en casa ahora, o puede haber asistido en el pasado)

Child was identified during recruitment efforts and has been served in a child care situation for 5 months or less in the year prior to More at Four age eligibility./Su niño(a) fue identificado durante esfuerzos de reclutamiento y ha sido servido en una situación de cuidado de los niños durante 5 meses o menos en el año de elegibilidad de edad del programa More At Four.

Child is on Wake County Child Care Subsidy waiting list/Su niño(a) está en la lista de espera de subsidio de Servicios Humanos del Condado de Wake

Child is currently attending a child care program, family child care home, preschool or Head Start Program for more than 10 hours /week./Asiste su niño(a) a cuidado de niños, jardín infantil o programa de Head Start, 10 o mas horas semanales.

Where?/¿Dónde? _____

Child has subsidy voucher/su niño(a) tiene un comprobante de subsidio.

Please complete only one side of this page/*Por favor llene el otro lado de esta hoja...*

I am only interested in Wake County Public School System's Title I and choose not to submit income information. I understand that if I do not complete this page and submit documentation, I cannot be considered for Head Start, More at Four or Wake County Child Care Subsidy. Please note that income eligibility is not considered for the Title I program. The last day to apply for Title I is 5 p.m., May 1, 2010

Please list all family members in household

name	relationship to child	date of birth	please check if child has special needs
applicant	parent/guardian	on front	
total number in family			

Mother's/Guardian's Name _____

Mother/Guardian employed? ___ yes ___ no

Employer _____ Employer's Phone _____

Hours of employment **per week** _____ Attending high school/college ___ yes ___ no

Mother's/Guardian's Earned Income	\$
Child Support/Alimony	\$
Workers' Compensation	\$
Unemployment	\$
Public Assistance (SSI, Work First, EBT, etc.)	\$
other	\$

Income documentation represents

___ weekly income (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received every other week (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received twice monthly (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received monthly (1 check stub, statement, award letter or letter from supervisor)

___ annual income (tax statement, W-2, letter from supervisor or offer of employment)

Father's/Guardian's Name _____

Father/Guardian employed? ___ yes ___ no

Employer _____ Employer's Phone _____

Hours of employment **per week** _____ Attending high school/college ___ yes ___ no

Father's/Guardian's Earned Income	\$
Child Support/Alimony	\$
Workers' Compensation	\$
Unemployment	\$
Public Assistance (SSI, Work First, EBT, etc.)	\$
other	\$

Income documentation represents

___ weekly income (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received every other week (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received twice monthly (2 check stubs or letter from supervisor)

___ income received monthly (1 check stub, statement, award letter or letter from supervisor)

___ annual income (tax statement, W-2, letter from supervisor or offer of employment)

Estoy solamente interesado en el programa de Título I del Sistema Escolar del Condado de Wake y decidí no presentar la información de ingresos. Entiendo que si no está completo esta página y no presento la documentación, no puedo ser considerado para los siguientes programas: Head Start, More at Four o el programa de subsidio. Por favor note que para ser elegible para el programa de Título I no necesita prueba de ingresos. La fecha límite para inscribir al Titulo I es el 1 de mayo, 2010 a las 5 p.m.

Por favor ponga en la lista todos los miembros de su familia que viven en su hogar

nombre	relación al niño(a)	fecha de nacimiento	¿Niño(a) tiene necesidades especiales?
aplicante	padres/guardián	en frente	
número total en la familia			

Nombre de la madre/guardián _____

¿Madre/guardián está empleada actualmente? ___ sí ___ no

Patrón _____ El teléfono del patrón _____

Numero de horas de trabajo **por semana** _____ ¿Asiste a una escuela secundaria o colegio? ___ sí ___ no

Los ingresos salariales de la madre	\$
Pensión alimenticia del niño(a)	\$
Compensación de desempleo	\$
Desempleo	\$
Ayuda publica (SSI, Work First EBT, etc.)	\$
Otras ayudas o ingresos	\$

La documentación de ingresos representa

___ ingresos semanales (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos cada dos semanas (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos quincenales (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos mensualmente (1 talón de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos anuales (declaración fiscal, W-2, carta del supervisor o oferta de empleo)

Nombre del padre o guardián _____

¿Padre/guardián esta empleado actualmente? ___ sí ___ no

Patrón _____ El teléfono del patrón _____

Numero de horas de trabajo **por semana** _____ ¿Asiste a una a escuela secundaria o colegio? ___ sí ___ no

Los ingresos salariales del padre	\$
Pensión alimenticia del niño(a)	\$
Compensación de desempleo	\$
Desempleo	\$
Ayuda publica (SSI, Work First EBT, etc.)	\$
Otras ayudas o ingresos	\$

La documentacion de ingresos representa

___ ingresos semanales (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos cada dos semanas (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos quincenales (2 talones de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos recibidos mensualmente (1 talón de cheque o carta del supervisor)

___ ingresos anuales (declaración fiscal, W-2, carta del supervisor o oferta de empleo)

Please read carefully, initial each paragraph, sign and date/*Por favor lea con cuidado, firme cada párrafo con sus iniciales, y no se olvide de firmar y ponerle fecha a su aplicación.*

	<p>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./<i>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.</i></p>
--	--

	<p>This information is used to determine eligibility for Pre-K programming in Wake County. I hereby release the information so that my child may be considered for Wake County Human Services, Wake County Public School System, Telamon Head Start and Wake County SmartStart More at Four for the purpose of program and child specific evaluation./<i>La información proporcionada será utilizada y determinará la elegibilidad para los programas Pre-K del Condado de Wake. Yo autorizo que la información suministrada a cerca 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), estas programas también pueden compartir y verificar cualquier información a cerca de mi niña(o) incluyendo toda la información en esta aplicación.</i></p>
--	---

	<p>I understand that my child may be on a waiting list./<i>Entiendo que podría estar en lista de espera.</i></p>
--	--

	<p>I understand that if my child is selected for participation, family involvement is essential. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and application for additional services./<i>Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado para 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.</i></p>
--	--

	<p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be my family's responsibility./<i>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</i></p>
--	--

	<p>I understand that this application will be considered for all programs unless designated for Title I only./<i>Entiendo que esta aplicación será considerada para todos los programas designados a menos que no haya escogido Título I solamente.</i></p>
--	---

	<p>I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening. /<i>Doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evaluación del desarrollo en las áreas de aprendizaje, oído, visión, dientes y/o pruebas del habla y lenguaje.</i></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./<i>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.</i></p>
--	--

	<p>I understand that my child will need a current, updated health assessment before s/he attends a program./<i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen medico antes de asistir al programa.</i></p>
--	--

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.*

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, lease, contract or utility bill
- Earned Income - 2 check stubs, statement from supervisor/caseworker

Documentación requerida antes de que la aplicación sea procesada

- Acta de nacimiento (copia)
- Prueba de domicilio - hipoteca, factura de electricidad o agua en su nombre (si vive con otra persona, carta notariada y firmada por la persona con quien vive.
- Ingresos - 2 talones de cheques o carta firmada por el patrón o supervisor, declaración de la trabajadora social.

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

Pre-K Application Center

1121 Situs Court, Suite 250

Raleigh, NC 27606

Note/nota: If child is not 4 by August 31, 2010 send to:/Si su niño(a) no tiene los cuatro años cumplidos antes del 31 de agosto, 2010, por favor enviarlo a :

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

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)