

RESPONSABILIDAD FAMILIAR

Por favor, lea cuidadosamente y coloque sus iniciales en cada cajita para confirmar su entendimiento y aceptación de sus responsabilidades.

Iniciales aquí	Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start, Wake County Human Services y Telamon Head Start a intercambiar información sobre mi niño/a con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas Pre-K financiados por el gobierno estatal y federal y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los asociados del Condado de Wake que sirvan a niños de 4 años, si creen que mi niño/a es elegible para otros programas comunitarios.
Iniciales aquí	Doy permiso para que mi niño/a reciba pruebas de desarrollo, audición, visión, dental, y/o de habla y lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con programas Pre-K asociados (Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start y Telamon Head Start).
Iniciales aquí	Entiendo que, si mi niño/a es seleccionado para participar, se espera que la familia participe. Mi familia cooperará con los programas al presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.
Iniciales aquí	Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K será la responsabilidad de la familia.
Iniciales aquí	Entiendo que, si existe algún cambio en la dirección, teléfono o asistencia de mi niño en cualquier tipo de cuidado infantil con licencia, o si existe algún cambio en el tamaño o ingreso familiar, es mi responsabilidad ponerme en contacto con el Pre-K Aplicación Center (Centro de Solicitudes de Pre-K) e informarles de cualquier cambio.
Iniciales aquí	Entiendo que mi niño/a necesitará un examen médico al día, actualizado antes de asistir a un programa de Pre-K.
Iniciales aquí	Entiendo que mi niño/a podría ser colocado/a en lista de espera.