

*** Llame para hacer una cita! ***

Aplicación de Pre-Kinder 2016-2017 Watauga County NC

Padres/familiares/guardianes deben completar esta aplicación para aplicar para el programa de pre-kindergarten NC. Usted debe utilizar el nombre legal de su hijo que se encuentra en su certificado de nacimiento en esta aplicación. Si cambia su dirección o su número de teléfono es su responsabilidad de dejarnos saber. Por favor recuerde firmar esta aplicación!

Todas las aplicaciones deben ser devueltas al Children's Council del Condado de WATAUGA.

Dirección: 225 Birch Street, Boone NC 28607 **FAX:** (828) 264-8008 **Teléfono:** (828) 262-5425

Para ser elegible:

- *Niño debe tener cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto, 2016
 - *Es hijo de una familia cuyo ingreso bruto es en o por debajo del 75% del ingreso medio estatal (SMI).
 - *Los niños de ciertas familias de militares también son elegibles sin ingresos.
 - *20% de los niños elegibles puede tener los ingresos familiares en exceso de 75% SMI si han documentado los factores de riesgo en categorías específicas, incluyendo:
Discapacidades del desarrollo,
Dominio limitado del inglés,
Necesidades educativas
Condición de salud crónica
- Aunque un niño puede cumplir uno o más factores de elegibilidad, la colocación no está garantizada en una aula NC Pre-K.

Documentos que se requieren tener con usted cuando regrese su aplicación:

- * 2 comprobantes de residencia (renta/ facturas de utilidad / licencia/ factura del cable /recibo de teléfono)
- *Copia *certificada* de la acta de nacimiento
- * Prueba de ingreso bruto anual incluyendo uno o más de los siguientes elementos:
(Copia de 2015 impuestos formulario 1040 línea #37 o 1040A #21, Facturas de pagos de un mes completo, cartas de concesión de administración del Seguro Social, las cartas de premio de la Comisión de seguridad de empleo, declaraciones de empleador, registros de negocios para los individuos que trabajan en su nombre (self-employed), declaraciones firmadas cuando una persona dice no tener ningún ingreso contable verificable)
- *Información médica de un médico si su niño tiene una condición médica crónica

Pagos	Ninguno, si su niño califica para NC Pre-K
Notificación de aceptación	Las familias serán notificados por correo principios de junio 2016, de su aceptación en el programa (depende de la aprobación del presupuesto de Carolina del norte)
Colocación	Las colocaciones se basará en la elegibilidad, la prioridad de necesidades, fecha que se presentó la solicitud y disponibilidad.
Evaluación de la salud	Evaluación de la salud del niño se requiere antes de estar inscrito o dentro de 30 días después de que el niño entre en el programa de Pre-Kinder NC

Para más información: Hellem Quivera en el Children's Council (828) 262-5424 o por correo electrónico: hellem@thechildrenscouncil.org

Es por lo menos un padre o guardián legal del niño, un miembro del servicio activo de las fuerzas armadas/militar o fue un padre o guardián legal del niño gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio activo: Sí _____ No _____

Previo cuidado/colocación del niño: (marque uno)

____ Niño nunca ha sido cuidado en un ambiente de preescolar

____ Niño es actualmente no cuidado (en casa ahora, pero puede haber sido previamente en cuidado infantil o algún otro programa preescolar)

____ Niño asiste actualmente a cuidado de niños (indique el nombre del programa más abajo)

Nombre del programa de cuidado de niños: _____

____ Niño está recibiendo subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar.

____ El niño tiene un IEP activo y actualmente está siendo atendido por un proveedor de servicios de la CE.

Fecha de la última evaluación de salud del niño: (mes, día, año) _____

Ha tenido su hijo una evaluación de desarrollo? No _____ Sí _____

En caso que si, incluya el mes, día, año _____

¿Ha sido su hijo referido para una evaluación o identificado para recibir servicios de una necesidad especial?

Si _____ No _____

En caso que si, incluya el mes, día, año de la fecha de referencia: _____

En caso que si, ¿cuál fue la decisión de la evaluación de la discapacidad de su hijo?

No discapacidad identificada _____

Decisión de evaluación en proceso _____

Una o más discapacidades identificada _____

No sé _____

Nombre (s) de discapacidades o retraso identificado: _____

Tiene su hijo un Plan de educación actual individualizado/ Individualized Education Plan (IEP)? Si _____ No _____

Escuelas del Condado de Watauga sirve alumnos identificados en edad preescolar con discapacidad por tener servicio de proveedores (por ejemplo, maestros y terapeutas) acuden al sitio donde el estudiante esté asistiendo a una clase de Pre-K. Escuelas del Condado de Watauga hará todos los esfuerzos para colocar a un estudiante con una discapacidad, que es elegible para inscribirse en una de nuestras aulas WCS NC Pre-K, en el sitio de WCS NC Pre-K en o más cercano a su zona de asistencia escolar. Debido al niño individual educativo aunque necesita, y conforme a la ley federal y estatal, puede ser necesario para el distrito colocar al estudiante en una clase diferente de WCS NC pre K fuera de su zona de asistencia con el fin de proporcionar una educación pública gratuita, apropiada según sea necesario por de ese estudiante programa individual de educación (IEP). En este caso, del IEP del niño, cuyo padre es un miembro, se reunirá para discutir esta recomendación.

Madre / madrastra / nombre del Guardián: _____

Empleo de la madre: (marque todas las que apliquen)

Empleado- Sí ___ No ___ promedio del número de horas trabajadas por semana-___

busca empleo- Sí ___ No ___

Asistiendo a una segunda educación -Sí ___ No ___

Asistiendo a la escuela secundaria/GED-Sí ___ No ___

Otro empleo: Sí ___ No ___ explica: _____

Incluya todos los ingresos de la madre:

Actual salario anual antes de impuestos: ___

Pensión anual: ___

Child support anual: ___

Compensación de trabajadores: ___

Desempleo: ___

SSI/TANF/Work\$ First: ___

Padre / padrastro / nombre del Guardian: _____

Empleo del padre: (marque todas las que apliquen)

Empleado-Sí ___ No ___ promedio del número de horas trabajadas por semana-___

Busca empleo-Sí ___ No ___

Asistiendo a una segunda educación -Sí ___ No ___

Asistiendo a la escuela secundaria/GED-Sí ___ No ___

Otro empleo: Sí ___ No ___ explica: ___

Incluya todos los ingresos para el padre:

Actual salario anual antes de impuestos: ___

Pensión anual: ___

Child Support anual: ___

Compensación de trabajadores: ___

Desempleo: ___

SSI/TANF/ Work\$ First: ___

¿Cuál es el idioma primario de su hijo? Su hijo tiene dominio del inglés limitado? Si ___ No ___

¿Cuál es la principal lengua hablada en su hogar? English ___ Otra _____

¿Cuál es el idioma primario de su hijo? English ___ Otra _____

Su niño tiene una condición médica crónica? Sí ___ No ___

Explique: _____

En caso que sí, por favor adjunte nota de un médico explicando el padecimiento y cualquier tratamiento/medicamentos recetados. Esto debe ser devuelto con su aplicación.

Su niño tiene una necesidad del desarrollo o educativa? No ___ Sí ___ No se ___

Explique: _____

2016-2017 pre-kindergarten ubicaciones de aulas (sujeto a cambios)

Transportación es solamente disponible para los que viven en el distrito de la escuela que va su hijo.

Cove Creek Elementary School

Green Valley Elementary School

Hardin Park Elementary School

The Lucy Brock Collaborative Classroom at Parkway Elementary School

Valle Crucis Elementary School

Tenga lista su sitio recomendado: pre-kinder en orden de preferencia:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____

Yo certifico que toda la información sobre esta aplicación entera es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy responsable de llamar a Children's Council Watauga County, 828-262-5424, con los cambios a la información en esta solicitud. Doy mi permiso para que la información en esta aplicación y cualquier otra documentación que se presenta con esta aplicación puede ser visto por el personal de Children's Council de Watauga, Departamento de desarrollo infantil y educación temprana, Departamento de Servicios Sociales, personal de la escuela del Condado de Watauga y otros según sea necesario para verificar la exactitud. Entiendo que dando información inexacta dará lugar a esta solicitud rechazada.

Firma del padre _____ Fecha _____

Esta parte debe ser completado por un miembro de personal del Children's Council:

Date of Submission of Completed Application: _____

Name of Staff Who Reviewed Application: _____

Esta parte debe ser completado por un miembro de personal del Children's Council:

Recibo de aplicación completada (guarde para sus archivos y prueba de envío):

Nombre del padre/guardián _____

Nombre del Niño _____

Fecha de presentación de la solicitud: _____

Nombre y firma del personal que revisaron la aplicación: _____

Su niño ha sido referido para servicios relacionados con una discapacidad? Sí ____ No ____

Su niño recibe servicios relacionado con incapacidad? Sí ____ No ____

En caso que si, por favor especificar tipo de servicios de discapacidad ____

Tiene alguna preocupación con el desarrollo de su hijo? Sí ____ No ____

En caso que si, por favor explicar sus preocupaciones _____

Sí usted tiene preocupaciones con el desarrollo de su hijo, quisiera que un representante del Children's Council se ponga en contacto con usted sobre la evaluación gratis del desarrollo para su hijo? Sí ____ No ____

Nombre de la Escuela: _____

Fecha: ____/____/____

Por la póliza de la Junta de Educación del Condado de Watauga, este formulario deberá de ser completado por los padres o guardián legal una vez el estudiante este presente para la admisión a las Escuelas del Condado de Watauga County Schools. El padre o el guardián legal deberá personalmente presentar al estudiante al sistema escolar para poder ser inscrito en el sistema.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal		Nombre Preferido
Apellido (si es diferente)	Sufijo	Grado	Sexo M F	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Prueba de Edad () Certificado de Nacimiento Notariado
Teléfono Casa <input type="checkbox"/> No Listado		Etnia ___ Hispánico ___ No-Hispánico	Raza: ___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro ___ Blanco ___ Hawaiano/Isleño del Pacífico			
911 Dirección			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correos <input type="checkbox"/> Marque si es la misma Dirección del 911			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela(s) Anteriores de Asistencia		Años	Grados	Direcciones de la Escuelas Anteriores		

OFFICE USE ONLY	Student ID#	Enrollment Code () E1 () E2 () R1 () R2 () R3 () R5 () R6	Enrollment Date	Homeroom Teacher
-----------------	-------------	--	-----------------	------------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

NIÑO(A) RESIDE CON: _____ Por favor indicar la relación en la parete de abajo.
 () Ambos Padres () Padre () Madre () Guardián () Abuelos () Madre & Padrastro () Madre & Madrastra () Otro: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE	INFORMACIÓN DEL PADRE
Nombre (Primer, M, Apellido) _____	Nombre (Primer, M, Apellido) _____
Apellido de Soltera _____ Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____	Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección (Si es distinta a la del estudiante) _____	Dirección (Si es distinta a la del estudiante) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Empleador _____	Empleador _____
Tel. Trabajo _____ Extensión _____	Tel. Trabajo _____ Extensión _____
Tel. Casa _____ Tel. Celular _____	Tel. Casa _____ Tel. Celular _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____
Si no vive, fecha de defunción _____	Si no vive, fecha de defunción _____

GUARDIAN LEGAL Si Guardián, los documentos de custodia legal están en el archivo de la oficina del director? () Si () No

NOMBRE DE LA PERSONA CON LA CUSTODIA LEGAL DEL ESTUDIANTE _____

DIRECCIÓN _____ EMPLEADOR: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TEL. TRABAJO _____ EXTENSIÓN _____

TEL. CASA _____ TEL. CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (P: Padres serán contactados primero, contactos de emergencia solo si los padres no están disponibles).

Nombre del 1er contacto _____ Relación _____

Mejor # Tel. Día _____ Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____ Tel. Celular _____

Nombre del 2do contacto _____ Relación _____

Mejor # Tel. Día _____ Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____ Tel. Celular _____

Nombre del 3er contacto _____ Relación _____

Mejor # Tel. Día _____ Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____ Tel. Celular _____

HERMANOS(AS)

Estudiante#	1	2	3	4
Nombre	_____	_____	_____	_____
Relación	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____
Grado	_____	_____	_____	_____
Género	(M/F)	(M/F)	(M/F)	(M/F)

CONEXION MILITAR

En un esfuerzo por apoyar a los estudiantes que tienen familiares en el servicio a nuestro país, por favor proporcionar información acerca del miembro de la familia de este estudiante que está sirviendo o que ha servido: No Tiene Conexión Militar

Relación	Servicio Activo / Jubilado / Reservas / Guardia Nacional Veteranos Discapacitados / Servicio Civil	Rango	Locación del Servicio/Base	Unidad/Escuadrón

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

¿Qué idioma aprendió su niño(a) cuando él o ella primero comenzó a hablar? Inglés ____ Otro _____
 ¿Qué idioma habla su niño(a) con más frecuencia en el hogar? Inglés ____ Otro _____
 ¿Con qué idioma habla mas frecuente con su niño(a)? Inglés ____ Otro _____
 ¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia los adultos en casa? Inglés ____ Otro _____
 ¿En qué país nació el/la estudiante? _____

Si la línea "otros" se utilizó anteriormente para cualquiera de las preguntas de la encuesta del idioma, por favor completar la página 3 del formulario de inscripción.

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE

Transportación a la Escuela () Bus# _____ () Caminando () Automóvil
 *Transportación Desde la Escuela () Bus# _____ () Caminando () ¿Automóvil con quien? _____ () Afterschool
 *Transportación Desde la Escuela debido a inclemencias del clima () Bus # _____ () Caminando () ¿Automóvil con quien? _____
 *Las excepciones a estos medios de transporte DEBEN ser presentados por escrito ese día a la oficina antes del cierre de la escuela.

¿SU HIJO(A) HA SIDO RETENIDO(A)? ¿EN CUAL GRADO?

PROGRAMAS ESPECIALES

Por favor, marque si su hijo(a) ha sido servido () Dotados Académicamente () Discapacidades de Aprendizaje () Discapacidad Auditiva () Habla/Lenguaje
 en cualquiera de estos programas () Lectura Title 1 () ESL () 504 () Otro _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Médico	Dirección	Teléfono
Nombre del Dentista	Dirección	Teléfono

Es importante que la escuela sepa de cualquier problema de salud especial que su hijo(a) tenga. Por favor anote en la parte inferior condiciones tales como alergias, epilepsia, convulsiones, diabetes, problemas ortopédicos, impedimentos auditivos o visuales.

Alergias (tipo) _____ Que amenaza la vida () Si () No

Tipo de tratamiento para la alergia _____

Otras condicioness o medicamentos que toma con rutina _____

Si mi niño(a) necesita recibir medicamentos en la escuela, yo entiendo que mi médico y yo debemos de completar un formulario especial el cual puedo obtener de la secretaria de la escuela.

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de enfermedad o un accidente grave, solicito que la escuela se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo a la escuela para llamar al médico de la lista y seguir sus instrucciones. Si no es posible ponerse en contacto con este médico, la escuela podrá tomar las medidas necesarias o transportar a mi hijo(a) a la sala de emergencias de un hospital. () Si () No

Firma del padre/madre o guardian legal: _____ Fecha: _____

Si es firmado por el/la guardian, por favor indicar la relacion con el niño(a): _____

ESTADO DE TRANSFERENCIA - PARA ESTUDIANTES EN TRANSFERENCIA FUERA DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE WATAUGA

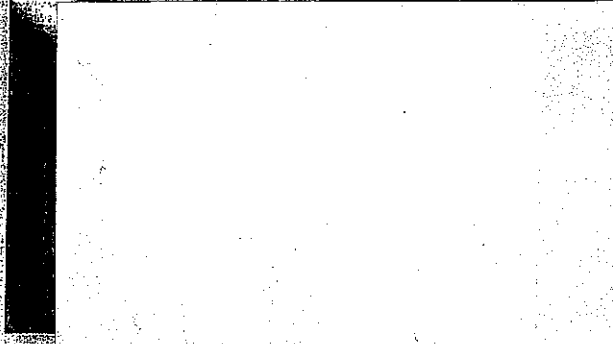
El niño que yo estoy inscribiendo con esta forma no está bajo suspensión o expulsión de la asistencia de una escuela pública o privada en este o cualquier otro estado y no se ha declarado culpable de un delito mayor en este o en cualquier otro estado. Nota: Si el estudiante está bajo suspensión o expulsión o ha sido declarado culpable de un delito grave, por favor, dar una explicación. Debe incluir la duración de esta suspensión o expulsión. _____

Firma del Padre/Madre o Guardian Legal

Fecha:

Si es firmado por el/la guardian, por favor indicar la relacion con el niño(a):

Como elegir un Hogar Médico de calidad



Recuerde que puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿QUE ES UN HOGAR MÉDICO?

Un Hogar Médico es el consultorio de su doctor, la clínica comunitaria o el departamento de salud local donde el personal lo conoce a usted, y a su hijo y su historial médico. Es el lugar donde usted puede llevar a su hijo para todas sus necesidades médicas como:

- exámenes rutinarios
- necesidades especiales de salud
- consultas por enfermedad
- vacunas
- accidentes

¡Es importante que elija un Hogar Médico de calidad! Usted debe de llevar a su hijo con alguien en quien confíe y que le respete como compañero de equipo en el cuidado de la salud de su hijo.

¡NO TIENGA PENAL! ¡PREGUNTE!

1. ¿Habla usted español o tiene un intérprete? ¿Tiene información médica en español?
2. ¿Acepta el seguro médico de mis hijos?
3. Si no puedo pagar hoy, ¿es posible establecer un plan de pagos?
4. ¿Cuál es el horario de consultas médicas? ¿Qué hago si mi hijo necesita atención médica durante la noche, el fin de semana o los días festivos? ¿Tiene una línea telefónica de servicios médicos?
5. ¿Puedo hacer una cita más larga para hablar a fondo sobre la salud de mi hijo?
6. ¿Estará pendiente del progreso en el desarrollo de mi hijo?
7. ¿Cómo podemos trabajar juntos para cuidar la salud de mi hijo lo mejor posible?
8. ¿Conoce otros servicios médicos y comunitarios? ¿Puede comunicarme con ellos?
9. ¿Está familiarizado con las necesidades médicas de mi hijo?
10. ¿Cómo me puede ayudar a hablar con otras familias que tienen hijos con necesidades médicas como el mío?



Siempre La
Llamada Correcta.
Su Hogar Médico.

SIEMPRE LA LLAMADA CORRECTA. SU HOGAR MÉDICO.



¿Tienen seguro médico sus hijos?

Sus hijos pueden calificar para los programas de **Health Check (Medicaid)** o **NC Health Choice** y obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo para niños y adolescentes menores de 19 años (hasta 21 años de edad para Medicaid).

Límites de ingreso familiar: Válido desde el 1 de abril, 2013 hasta el 31 de marzo, 2014.

Tamaño de la familia	Ingreso mensual antes de deducción de impuestos*
2	\$2,595
3	\$3,255
4	\$3,925
5	\$4,595
6 o más	Añada \$670 por cada miembro adicional

* Su niño también puede calificar si usted gana más pero tiene gastos de guardería, de trabajo o de sustento para menores.

Incluye estos beneficios

- Exámenes rutinarios del niño sano
- Medicamentos
- Consultas por enfermedad
- Servicios dentales
- Inmunizaciones (Vacunas)
- Hospitalización
- Análisis de laboratorio
- Consejería
- Terapias
- Cirugías
- Equipos y artículos médicos
- Servicios para la vista y del oído

Para más información y referencias sobre servicios humanos del gobierno, llame al Centro de Servicios para el Consumidor de NC DHHS al 1-800-662-7030. 8AM - 5 PM de lunes a viernes.

Para obtener una solicitud o más información, visite:
<https://epass.nc.gov> o
www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/application.htm



Local Family Services, Pediatric and Dental Providers

Blue Ridge Pediatric and Adolescent Medicine	828-262-0100	579 Greenway Road #200 Boone, NC 28607	www.blueridgepeds.com
Appalachian Regional Adult and Family Medicine	828-268-1187	400 Shadowline Drive, Suite 104 Boone, NC 28607	https://www.apprhts.org/appalachian-regional-adult-a-family-medicine
Watauga County Health Department	Clinic: 828-264-6635 District Office: 828-264-4995 Dental Office: 866-257-5542	126 Poplar Grove Connector Boone NC 28607	http://www.apphealth.com/locations/watauga/
Appalachian Family Practice	828-262-1011	1879 Old Highway 421 South Boone, NC 28607	
OP Smiles: Orthodontics and Pediatric Dentists	828-264-0110	373 Boone Heights Drive Boone, NC 28607	http://www.opsmiles.com/
Waldrep Family Dentistry	828-278-9921	450 New Market Blvd., Suite 4 Boone, NC 28607	http://www.waldrepfamilydentistry.net/
Blue Ridge Dentistry	828-264-3333	870 State Farm Road Boone, NC 28607	http://brgd.com/pediatric-dentistry/
Adam Hill General Dentistry	828-295-9603	123 Little Spring Road Blowing Rock, NC 28605	http://www.adamhilldds.com/
Community Care Clinic	828-265-8591	141 Health Center Drive, Suite B, Boone, NC 28607	http://www.ccclinic.org/