

Durham County Pre-Kindergarten Application (2017-18)/Solicitud de Programas Pre-Escolares (2017-18) del Condado de Durham

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

Child's Date of Birth/Fecha del 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/Último 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 active 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/Último 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 active 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?/¿Ciudadano 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?: \_\_\_\_\_

Child's primary doctor or clinic(please list name and phone)/El doctor de cabecera 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 pone)/El doctor de dental del niño/a (por favor liste el nombre y número de teléfono):  
\_\_\_\_\_ Phone #/ Número de Teléfono: (919) \_\_\_\_\_

**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 ayuda 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 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 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 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 existe 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, escriba 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, escriba 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, escriba 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:*

<i>Name/Nombre</i>	<i>Date of Birth/Fecha de Nacimiento</i>	<i>Relationship to Pre-K Child/Relacion con el Niño/a de Pre-Kinder</i>
		<b>Pre-K Child/Niño/a de Pre-Kinder</b>

**Emergency Contact Information (other than parent/guardian)/Información del contacto de emergencia (otra de 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**

- Tax Returns     Child Support Letter     Public Assistance Form     Rent Calculation Form     Pay Stubs  
 W-2 Statement(s)     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**

- Tax Returns     Child Support Letter     Public Assistance Form     Rent Calculation Form     Pay Stubs  
 W-2 Statement(s)     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 funcionó semanal: \_\_\_\_\_

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

- Documentos de Impuestos     Carta de Manutención del niño     Documentos de Asistencia Pública     Carta de Desempleo  
 Talones de Cheques     Declaración de W-2     Declaración de SSI/SSA     Carta de Ingresos (de Empleador)  
 Inscripción de Escuela     Formulario de Asistencia Financiera     Formulario de Cálculo de la Renta  
 Otra (Especificar) \_\_\_\_\_

**Ingresos del guardián legal secundario**

Empleador \_\_\_\_\_ Número de horas funcionó semanal: \_\_\_\_\_

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

- Documentos de Impuestos     Carta de Manutención del niño     Documentos de Asistencia Pública     Carta de Desempleo  
 Talones de Cheques     Declaración de W-2     Declaración de SSI/SSA     Carta de Ingresos (de Empleador)  
 Inscripción de Escuela     Formulario de Asistencia Financiera     Formulario de Cálculo de la Renta  
 Otra (Especificar) \_\_\_\_\_

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 otros 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, incluir a los niños de todas las edades y si acuden a un programa educativo.*

Name/ *Nombre*

Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento*

School attending/ *Escuela que Asiste*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Phone Number/Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Alternate phone/ Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

Child's Name/ Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

**Please read carefully, initial each paragraph, sign and date:**

\_\_\_\_\_ 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 la separación inmediata 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 County 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 dejó 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 la 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 del programas pre-escolar 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 días de la 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 ser aceptado en un programa pre-escolar 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 de los programas de Pre-Kindergarten? : \_\_\_\_\_

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

Date/Fecha

<b>FOR OFFICE USE ONLY:</b>
Agency completing application: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> NC Pre-K <input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> DSS <input type="checkbox"/> CCSA <input type="checkbox"/> EDCI <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> 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.**