

Nombre del niño: _____ Fecha: _____



**Solicitud de Pre-Kinder
2024-2025**

1. Deje su solicitud completa en cualquier escuela u oficina central de WCS a la atención de Brenshonda Batts en 117 Tarboro St. NE Wilson, NC 27894. Para la solicitud de Pre-K Título I, presente la solicitud el 26 de abril de 2024 o antes. Las familias pueden continuar presentando la solicitud después del 26 de abril de 2024, pero estarán en la segunda ronda de colocaciones.

2. Las solicitudes **DEBEN** tener lo siguiente para estar completas:

- Acta de nacimiento certificada
- 2 Pruebas de residencia (Factura actual de agua, gas, electricidad o contrato de arrendamiento o declaración del dueño de casa)
- Registros de vacunas
- Si corresponde, documentación de salud crónica y/o desarrollo o necesidades educativas y/o IEP.

3. Esta solicitud es para niños que cumplirán 4 años antes del 31 de agosto de 2024.

4. Esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y **NO** constituye inscripción en el programa. La elegibilidad para el programa de Pre-K se basa en la necesidad educativa.

5. El padre/tutor debe poder proporcionar transporte.

6. Su hijo debe tener una evaluación de salud actual y actualizada dentro de los primeros 30 días de asistencia.

Si tiene alguna pregunta comuníquese con Jennifer Lewis o Brenshonda Batts al 252-399-7779.

Nombre del niño: _____ Fecha: _____



*Información del niño: * Su niño debe tener 4 años cumplidos el 31 de agosto de 2024 o antes. La elegibilidad se basa en la necesidad educativa. Pre-K está disponible para estudiantes que residen dentro del condado de Wilson. Los salones de clase están ubicados en la Escuela Primaria Jones, la Escuela Primaria Hearne y la Escuela Primaria Lucama.*

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ (MM/DD/AAAA)

Dirección del niño: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección postal: _____

(Si es diferente a la anterior)

Correo electrónico: _____

Origen étnico/raza:

- Hispano/latino
- Nativo americano Indio o nativo de Alaska
- Blanco o europeo americano
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- Asiático

Género:

- Masculino
- Femenino

Sitio preferido:

Utilice el número 1 para su primera opción, el número 2 para su segunda opción y el 3 para su tercera opción. No hay garantía de que su hijo sea colocado en su primera opción.

- Hearne
- Jones
- Lucama

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Información de la familia:

¿Con quién vive su hijo? Se requiere documentación si un niño no reside con los padres.

- Madre y padre
- Madre Soltera
- Padre soltero
- Padre y Madrastra
- Madre y Padrastro
- Abuelo(s)
- Padre(s) adoptivo(s)
- Tutor legal
- 50/50 Custodia

La madre/madrastra/tutor

Nombre: _____

Reside con el niño: Sí o No

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del
padre/padrastro/tutor: _____

Reside con el niño: Sí o No

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

¿Cuál es el tamaño de la familia del niño? _____ Número total (incluido el niño de prekínder)

Indique los nombres de los <u>padres/tutores y hermanos</u> que viven en el hogar.	Relación con el niño de prekínder	Edad	¿Asisten los hermanos a WCS? Si es así, ¿qué escuela?

Idioma:

¿Cuál es el idioma que se habla con el niño en casa? _____

¿En qué idioma le gustaría que evaluaran a su hijo? _____

Salud:

¿Su hijo tiene una condición de salud crónica identificada por un profesional médico?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud? _____

***Documentación de condición crónica**

(Se requiere documentación oficial de un proveedor médico que indique la condición crónica del niño).

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Necesidad de desarrollo y/o educación

¿Ha sido diagnosticado su niño con una necesidad de desarrollo o educación por un profesional médico?

- Sí
- No

En caso afirmativo, explique _____

¿Este niño ha sido remitido para una evaluación o identificado con una discapacidad por un profesional médico?

- Sí
- No

¿Se conoce la fecha de la derivación?: SÍ o NO

Fecha de la derivación para evaluación de discapacidad(es): _____

¿Cuál fue la decisión de la evaluación de discapacidad para este niño?

¿Este niño tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) activo?

- Sí
- No

¿Recibe este niño servicios relacionados con la discapacidad?

- Sí
- No

En caso afirmativo, especifique el tipo de servicios de discapacidad:

***Se requiere documentación que indique la necesidad educativa o de desarrollo, si corresponde.**

***Proporcione una copia del IEP del niño, si corresponde.**

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Tipo de discapacidades identificadas para este niño (marque todas las que correspondan)

- Ninguna
- Autismo
- Sordo Ciego
- Discapacidad emocional/comportamental
- Discapacidad Mental Educable
- Desarrollo Retraso Preescolar
- Específico Discapacitado Discapacidad
- Discapacidad Ortopédica
- Discapacidad del habla del lenguaje
- Grave Discapacidad mental
- Discapacidad Visual
- Auditiva
- Lesión Cerebral traumática
- Otro (**por favor defina**) : _____

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Responsabilidad y participación de los padres/tutores (Por favor escriba sus iniciales en cada declaración)

_____ Entiendo que esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y NO constituye inscripción en ningún programa.

_____ Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información me puede someter a enjuiciamiento bajo las leyes federales o estatales aplicables.

_____ Doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación del desarrollo auditivo, visual, dental y/o del habla y el lenguaje y para que los resultados de estas evaluaciones se compartan con las Escuelas del Condado de Wilson.

_____ Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en el programa Pre-K de las Escuelas del Condado de Wilson, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo y yo/nosotros nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios del programa.

_____ Entiendo que el Pre-K de las Escuelas del Condado de Wilson está diseñado para atender a 4 años y que debo hacer todo lo posible para mantener la inscripción y participación de mi hijo.

_____ Entiendo que tendré que proporcionar transporte para mi hijo.

_____ Entiendo que mi hijo necesitará una evaluación de salud actual y actualizada y vacunas antes de asistir a un programa.

Padre/Tutor : _____ **Fecha:** _____

Relación con el niño: _____

**Si el tutor firma, adjunte la documentación de la tutela.*

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

POR FAVOR DEJAR ESTA SOLICITUD EN CUALQUIER ESCUELA U OFICINA CENTRAL DE WCS:

117 Tarboro St. NE

Wilson, NC 27894

****No se aceptarán solicitudes enviadas por FAX.**

******Uso exclusivo de la oficina de servicios de instrucción de WCS******

Recibido por:

Fecha:

Fecha procesada:

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Liberación de Información

Formulario de Consentimiento

Yo _____, padre/tutor de
(Nombre y apellido del padre/tutor)

(Nombre y apellido del niño)

consentimiento para la divulgación de la información de contacto de mi hijo, información demográfica, puntajes de evaluación, información de encuestas para padres, información de inscripción y asistencia, y a qué escuela asiste su hijo después de Pre-K a las Escuelas del Condado de Wilson. La divulgación de esta información requiere su consentimiento. Si está de acuerdo con la divulgación de esta información, firme y devuelva este formulario.

Firma de los padres (consentimiento): _____

Fecha: _____

¿A qué escuela planea asistir su hijo después de Pre-K?
