



(704)878-9980.

# PROGRAMA PRE-KINDER DE MORE AT FOUR 2010-2011



Solicitudes disponibles en la red

[www.iredellsmartstart.org](http://www.iredellsmartstart.org)

## Atención Familias de Niños de edad Preescolar Cumpliendo 4 años antes del 31 de Agosto del 2010

Favor de llenar la solicitud adjuntada de *More at Four*. Necesitará incluir la siguiente información antes de que su hijo(a) sea considerado para el programa pre-kinder de *More at Four*.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando los formularios, llame a la oficina de *More at Four* y pregunte por Silvia Plaza-García en Statesville o Lina Loaiza en Mooresville.

- \_\_\_ Acta/Partida de Nacimiento
- \_\_\_ La Tarjeta de Medicaid, si lo recibe
- \_\_\_ Record de Vacunas / Cartilla de Vacunas
- \_\_\_ Verificación de Domicilio de los padres / guardianes (como la factura del agua, luz, gas, etc)
- \_\_\_ Verificación de Ingresos de los padres (talones de cheques, formulario W-2, o el formulario adjuntado)
- \_\_\_ Formulario Médico del niño(a) que está adjuntado debe ser llenado por el doctor o la clínica. Éste formulario debe de estar en nuestra oficina cuando el niño empiece la escuela. Puede recoger este formulario en nuestras oficinas o de nuestra página red.

**Regrese la solicitud completa con copies de los documentos mencionados arriba a:**

**Silvia Plaza-García, Joyce Capps o Marilyn Hobson  
Iredell County Partnership for Young Children  
132 East Broad Street, Statesville, NC 28677  
Call 704-878-9980**

## More at Four APPLICATION

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la Solicitud**

### INFORMACIÓN DEL NIÑO

<b>Nombre del Niño</b> Sexo: Masculino___ Femenino___	Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____
<b>Fecha de Nacimiento</b> <small>TIENE QUE CUMPLIR LOS 4 AÑOS antes del AGO 31, 2010</small>	Mes _____ Día _____ Año _____
<b>Dirección del Niño</b>	Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____ #ro Tel de los Padres _____
<b>Etnicidad/Raza del Niño</b> <small>(Favor de marcar todos los que apliquen)</small>	Etnicidad: _____Hispano o Latino _____No Hispano o Latino  Raza: _____ Afro-Americano _____ Asiático _____ Blanco _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico
¿Este niño vive con sus padres, familiares, o guardián legal? Si ___ No ___	Especifique con quien vive este niño y la relación con el niño: (ejemplo: madre, padre, padres, madre y padrastro, padre y madrastra, abuelos, etc.) _____
¿Cual es el primer idioma de su hijo?	_____ Inglés _____ Español _____ Otro (Favor Especifique)_____
No proveemos transporte. Usted podrá o está dispuesto a llevar a su hijo a la clase en:	_____ Statesville _____ Troutman _____ Mooresville

¿Es el niño ciudadano Estado Unidense? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿ Es el niño residente de Carolina del Norte? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Es uno de los padres / guardianes del niño miembro activo del militar o fue lastimado gravemente o murió en acción? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Información en Caso de Emergencia**

Hay veces que los números de teléfonos y direcciones cambian durante los meses antes de que empiece la escuela.  
Favor de proveer otros contactos para ayudar a comunicarnos con ustedes si es necesario.

Déjenos saber si su número telefónico o dirección cambia, llamando a Silvia Plaza-García al 704 878-9980

Persona de contacto en caso de que no podamos comunicarnos con los padres	Relación a los padres:	Tel de la casa:	Tel del trabajo:	Tel celular/pager
Persona de contacto en caso de que no podamos comunicarnos con los padres	Relación a los padres:	Tel de la casa:	Tel del trabajo:	Tel celular/pager
Persona de contacto en caso de que no podamos comunicarnos con los padres	Relación a los padres:	Tel de la casa:	Tel del trabajo:	Tel celular/pager

**Información del Seguro Médico de su Hijo**

Nombre del Proveedor de Seguro	ID o Número de Póliza	#ro de Grupo	Fecha de Expiración
Preferencia de Hospital Local	Dirección	#ro de Teléfono	

**CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO**

1. ¿Está su hijo actualmente inscrito en un centro u hogar infantil o programa preescolar?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, favor de darnos el nombre del local en la cual su niño está actualmente inscrito:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Local**

Si su respuesta es no, ¿Ha estado su hijo inscrito en un centro u hogar infantil antes?  Sí  No

¿Cuanto tiempo ha estado su hijo en un cuidado infantil? \_\_\_\_\_ (Favor de incluir toda la experiencia de cuidado infantil previa)

Si su hijo está actualmente en un programa infantil, ¿Está usted recibiendo ayuda (voucher) del Programa de Subsidio del Departamento de Social Services?  Sí  No

2. ¿Tiene su hijo problemas médicos crónicos?  Sí  No Si sí, favor de dejarnos saber las necesidades de su hijo.

\_\_\_\_\_  
¿Tiene su hijo alguna alergia de la que usted sepa?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

¿Ya dejó su hijo el pañal y usa el baño solo?  Sí  No Si su respuesta es no, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial identificada (e.g. atraso en el desarrollo, habla/lenguaje, auditivo, discapacidad física, etc)?  Sí  No

¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP) del Departamento Excepcional de Niños (Exceptional Children's Department) por el sistema escolar de Iredell-Statesville School o Mooresville Graded School?  Sí  No  
(Si su respuesta es Sí, favor de adjuntar una copia con su solicitud)

4. Favor de darnos alguna otra información que usted crea que sea importante sobre su hijo en el espacio designado abajo (Opcional). \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimientos para el Programa de *More at Four*

(Favor de marcar con un círculo un Si o No a un lado de cada sección y firmar abajo)

Yo doy permiso para que le tomen fotos o videos a mi hijo para uso exclusivo del programa preescolar de *More At Four* y publicaciones del Iredell County Partnership for Young Children solamente para el uso de publicidad.

Yo entiendo que las fotos o videos pueden salir en materiales en imprenta y / o presentaciones multi-media sin costo para mi o mi hijo(a).

**Consentimiento de Fotos y Videos:** SI o NO

Yo doy permiso que la información (verbal y/o escrita) sobre mi hijo sea compartida entre Iredell County Partnership for Young Children y Mooresville Graded Schools (Sistema Escolar de Mooresville) y / o Iredell-Statesville Schools (Sistema Escolar de Iredell-Statesville).

Yo entiendo que solamente si se indica de otra forma, esta información es necesaria y será usada solamente para necesidades educacionales de mi hijo como asesoramientos, programación de currículo y coordinación de servicios. También entiendo que la agencia o escuelas que reciban esta información, tomará la responsabilidad de la confidencialidad de esta información.

**Consentimiento para el permiso e intercambio de información:** SI o NO

Como parte del programa de *More At Four*, su hijo será asesorado en los primeros 90 días de su asistencia en la escuela usando la herramienta Dial 3. El asesoramiento del Dial 3 revisa 3 áreas de aprendizaje: lenguaje corporal, lenguaje hablado y conceptos. Usted recibirá un reporte del asesoramiento cuando se haya completado.

**Consentimiento para el Asesoramiento de Desarrollo:** SI o NO

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_

**Nombre del Pariente/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA MADRE / MADRASTRA O GUARDIÁN LEGAL**

Nombre de la Madre/Madrastra o Guardián Legal	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellidos		
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año		
Dirección de la Madre/Madrastra o Guardián Legal	Dirección	#ro de Apartamento	Ciudad	Código Postal	
Números de Tel de la Madre/Madrastra o Guardián Legal	Casa	Celular	Trabajo	Correo electrónico: _____	
Lugar de Empleo			Si la Madre/Madrasta/Guardián Legal no tiene empleo Ponga sus iniciales aquí:		
Ingreso del Empleo	Cuantas Horas por Semana	Pago por Hora	Ingreso Total Mensual del Empleo		
Ingreso Adicional Recibido (Si es Aplicable)	Manutención / Child Support (Mensual)	TANF-Cheque del Gobierno (Mensual)	Social Security del Niño (Mensual)	Otro	Otro
¿Cual es el Idioma primario de la Madre/Madrastra o Guardián Legal (Marque todos los que aplican)	Inglés		Español	Otro (Por Favor Especifique)	
Nivel Más Alto de Educación de la Madre/Madrastra o Guardián Legal	Último Grado Termanido	GED	Diploma de Secundaria	Universidad-pero no terminada	Título Universitario
¿Vive este niño con usted?	Si	No			

Dándonos información falsa para calificar para el programa de *More at Four* es fraude.

*Yo certifica que toda la información en esta solicitud, y la información adjuntada es la verdad y esta correcta.:*

Firma de la Madre/Madrasta o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE / PADRASTRO O GUARDIÁN LEGAL**

Nombre del Padre/Padrastro o Guardián Legal	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellidos			
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año			
Dirección del Padre/Padrastro o Guardián Legal	Dirección	#ro de Apartamento	Ciudad	Código Postal		
Números de Tel del Padre/Padrastro o Guardián Legal	Casa	Celular	Trabajo	Correo Electrónico: _____		
Lugar de Empleo			Si el Padre/Padrastro/Guardián Legal no tiene empleo Ponga sus iniciales aquí:			
Ingreso del Empleo	Cuantas Horas por Semana	Pago por Hora	Ingreso Total Mensual del Empleo			
Ingreso Adicional Recibido (Si es Aplicable)	Manutención Child Support (Mensual)	TANF-Cheque del Gobierno (Mensual)	Social Security del Niño (Mensual)	Otro	Otro	
¿Cual es el Idioma primario del Padre/Padrastro o Guardián Legal (Marque todos los que aplican)	Inglés		Español	Otro (Por Favor Explique)		
Nivel Más Alto de Educación del Padre/ Padrastro o Guardián Legal	Último Grado Termanido	GED	Diploma de Secundaria	Universidad-pero no terminada	Titulo Universitario	
¿Vive este niño con usted?	Si	No				

Dándonos información falsa para calificar para el programa de *More at Four* es fraude.  
*Yo certifica que toda la información en esta solicitud, y la información adjuntada es la verdad y esta correcta.:*

Firma del Padre/Padrastro o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NUEVO     ACTUALIZAR

**SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA PREESCOLAR MORE AT FOUR:**

Nombre de la Madre / Padre / Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Número Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Favor de nombrar a todos los familiares en su hogar (Ponga una "X" a un lado del niño(a) que atenderá More at Four)	Relación al niño(a) de More at Four (Mamá, Papá, hermano, hermana, etc)	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre/Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OFFICE USE ONLY**

Case No.: \_\_\_\_\_ DCS ID #: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Yes Approved from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_       Not Approved

Start Date  Stop Date  Site Change  Effective Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of MAF Representative      Title      Date

Date Sent to DSS: \_\_\_\_\_

**WAGE VERIFICATION FORM FOR *MORE AT FOUR***  
**(Formulario de Verificación de Empleo del Programa Preescolar *More at Four*)**

Return Completed form to (Regrese este formulario a):  
*More at Four -- Attention More at Four Office*  
 ICPYC, 132 E. Broad Street, Statesville, NC 28677

**Employee's Name (Nombre del Empleado):** \_\_\_\_\_

**EMPLOYER:** This person has requested that his/her child be considered for a *More at Four* pre-kindergarten class. In order to determine eligibility, the following information to verify income must be **completed and signed by the EMPLOYER.** Thank you for your prompt assistance in completing the form.

Beginning date of employment (Primer día de Empleo) \_\_\_\_\_

Hourly Pay Rate (Pago por hora) \_\_\_\_\_ Paid Weekly \_\_\_\_\_ Bi-Weekly \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_  
(pago semanal) (pago quincenal) (pago mensual)

How many hours does this person work per week on average? \_\_\_\_\_  
 (¿En un promedio, cuantas horas trabaja ésta persona por semana?)

Please list the actual **GROSS** wages paid to this employee for the last four weeks of pay. List pay dates and gross pay:  
 (Favor de poner el **ingreso antes de descontar los impuestos** por las últimas 4 semanas abajo)

Date Pay Received Fecha de Pago Recibido	Number of Hours Worked Número de Horas Trabajadas	Gross Pay Ingreso antes de descontar los impuestos

Person completing this form should sign below (Employer)—La Persona que llena este papel (el Empleador) debe de firmar abajo

\_\_\_\_\_  
 Company Name                      Signature & Title of Person completing form                      Date

\_\_\_\_\_  
 Company Address                      City                      State                      Zip Code                      Phone Number

## NON-INCOME VERIFICATION FORM (Formulario de Verificación de Desempleo)

Return Completed form to (Regrese este formulario a):

*More at Four -- Attention More at Four Office*  
ICPYC  
132 E. Broad Street  
Statesville, NC 28677

For (Para): \_\_\_\_\_  
(Parent/Guardian's Name)—Padres/Guardián Legal (Child's Name)—Nombre del Niño

Is the parent/guardian employed? \_\_\_\_No \_\_\_\_ Yes (Si)  
(¿Están trabajando el padre, la madre o el guardián legal?)

Date of unemployment (Fecha de Desempleo) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información es la verdad. Yo entiendo que si alguna parte es falso, la participación de mi hijo(a) podrá ser terminado. Yo también entiendo que la información dada será estrictamente confidencial dentro de la agencia y es accesible para mi durante las horas de operación.

I certify that this information is true. If any part is false, I understand that my child's participation in the program may be terminated. I also understand that this information will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours.

Parent/Guardian Signature (Firma de los Padres): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Phone # (#ro Tel): \_\_\_\_\_

Child's Name (Nombre del Niño(a)): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA

- Horas de Operación

Los locales del programa de *More at Four* tiene diferentes horas de operación y los niños deben de ser llevados y recogidos a la hora adecuada todos los días. Yo entiendo que el programa tiene un horario de 6-6 ½ y que mi hijo(a) tiene que asistir regularmente y por todo el día.

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No

- Transporte

Yo entiendo que yo soy responsable por proveer el transporte de mi hijo(a).

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No

- Cuidado para Antes/Después de la Escuela

Algunos de los locales de *More at Four* ofrecen el cuidado antes y después de la escuela y cuidado extendido cuando las clases se terminan. Este servicio no es ofrecido en todos los locales, y yo entiendo que hay un costo para mi por este servicio adicional (donde este disponible).

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No

Les pedimos que toda madre, padre y/o guardián de los niños inscritos en el programa de *More at Four* participen animadamente en el programa. Esto puede ser realizado en diferentes formas:

- 1) Leer con sus hijos regularmente; llenar y mantener un diario de lectura compartida.
- 2) Asistir a juntas para los padres
- 3) Asistir conferencias de padres y maestros
- 4) Participar en las visitas hogareñas con la maestra y/o los padres
- 5) Ser voluntario o ir a excursiones con la clase de mi hijo
- 6) Otras actividades para los padres y los niños sugeridos por los maestros o educador de padres
- 7) Asistir a clases para los padres que se ofrecen en la comunidad
- 8) Actividades de transición para el Kindergarten (e.g. evaluaciones e inscripciones para el kinder, asistir al open house de la escuela, etc.)

Hable con la maestra de su hijo(a) o a la oficina de *More at Four* para ayudarles a encontrar formas significativas con las que puedan participar y ser parte de la experiencia de su hijo(a) en nuestro programa de *More at Four*.

Yo he leído la información sobre las horas de operación, cuidado extendido, transporte y participación de familia.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

\_\_\_\_\_  
Fecha