

# Smart Start of Transylvania County



Aplicación realizada el: \_\_\_\_\_

Nombre legal del niño(a): \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellidos

Dirección del niño(a): \_\_\_\_\_  
Número y Calle Apt. #  
Ciudad Estado Código postal Condado

Este es un domicilio permanente o temporal? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sexo del niño(a):  Femenino  Masculino

Fecha de nacimiento del niño(a) (mes, día, año): \_\_\_\_\_  
(el niño(a) deberá tener 4 años cumplidos para el 31 de Agosto del 2016, o antes.)

Raza del niño(a):  Hispano / Latino  No Hispano / Latino

Raza del niño(a):  Blanco o Europeo Americano  Asiático  
(marque todos  Negro o Afro Americano  Nativo de Hawaii u otra isla del Pacifico  
los que apliquen)  Indio Americano o nativo de Alaska

El niño(a) es ciudadano(a) de los Estados Unidos?  Si  No / No sabe

Ingreso bruto de la familia del niño: \$ \_\_\_\_\_  semanal  mensual  anual  
(Anote la cantidad total, antes de impuestos y especifique si el pago es semanal, mensual o anual)

Marque cualquier otro factor adicional que aplique a este niño(a):

- Habilidades limitadas en el lenguaje Inglés  
Si lo marcó, indique cual es la lengua natal del niño(a): \_\_\_\_\_
- Incapacidad identificada (el niño tiene un IEP)  
Si lo marcó, indique cual es el tipo de incapacidad: \_\_\_\_\_
- Condición crónica de salud  
Si lo marco, especifique que condición de salud: \_\_\_\_\_
- Necesidad educativa o de desarrollo  
Si lo marcó, especifique que tipo de necesidad educativa o de desarrollo: \_\_\_\_\_
- Padre o guardián es un miembro activo de las fuerzas armadas

Actualmente el niño(a) asiste a un centro de cuidado de niños con licencia o regulado?  Si  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la guardería: \_\_\_\_\_

La fecha de ingreso en esa guardería fue: \_\_\_\_\_ y el último día que asistió fue: \_\_\_\_\_

El niño(a) ha estado antes en algún centro de cuidado de niños con licencia o regulado?  Si  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la guardería: \_\_\_\_\_



## Smart Start of Transylvania County



La fecha de ingreso en esa guardería fue: \_\_\_\_\_ y el último día que asistió fue: \_\_\_\_\_

El niño(a) recibe subsidio para el pago de guardería?  Si  No

Si contestó "no" porqué?  Esta en lista de espera  No califica  Califica pero no ha aplicado

El niño(a) vive con un adulto pariente de sangre, o no relativo pero que es su tutor legal?  Si  No

Nombre de los padres o tutores que viven con el niño(a).	Relación con el niño(a):	Tiene empleo?	Si trabaja, en donde?	Lengua natal de los padres o tutores:	Nombre de los padres o tutores que viven con el niño(a).
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Por favor anote otros miembros de la familia viviendo en el hogar (si es necesario, usted puede añadir otra hoja de papel)

Nombre	Edad	Relación con el niño(a)

Por favor indique en cual área (s) del condado su hijo(a) podría asistir: *(marque todas las que apliquen)*

Brevard Elementary  Hillview  Rosman Elementary

Cuál es su primera opción para que su hijo(a) asista al programa? \_\_\_\_\_

Como se enteró del programa de NC Pre-K? \_\_\_\_\_

***Yo certifico que esta información es verídica. Si alguna parte es falsa, mi participación en este programa de la agencia puede ser cancelada y puede ser sujeta a acción legal. También entiendo que esta información se manejará bajo estricta confidencialidad dentro de las agencias del programa de NC Pre-K y estará disponible durante las horas normales de oficina.***

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

\*\*\*Si usted tiene preguntas acerca de esta aplicación, por favor llame a Brenda Oviedo, Especialista de Inscripciones al: 828-693-1711 ext.177 Fax: 828-697-4277.



## Smart Start of Transylvania County



Por favor mande aplicación y documentos requeridos a  
WCCA, PO Box 685, Hendersonville, NC 28793

[Type here]