

Estimados Padres,

Gracias por su interés en aplicar para el programa NC Pre-K del condado de Cabarrus. **Por favor, tengan en mente que para procesar la aplicación de su niño(a) para el año escolar 2019-2020, deben llenar la aplicación completamente e incluir todos los documentos requeridos para ser procesada para el siguiente paso en el proceso de aplicación del NC Pre-K.**

Una vez que el personal ha verificado toda la información de su niño(a) y haya sido procesada en el sistema computarizado de NC Pre-K, el personal de NC Pre-K se va a comunicar con ustedes para programar las evaluaciones requeridas del programa. Solo así los niños serán considerados para el programa escolar 2019-2020.

Para ser considerados con el primer grupo de niños matriculados, todas las aplicaciones deben estar en nuestras oficinas antes del 1 de abril

Para ser considerados con el segundo grupo de niños matriculados, todas las aplicaciones deben estar en nuestras oficinas antes del 15 de mayo

**Por favor, escriban el nombre del niño(a) en TODOS los documentos que envíen**

Para entregarnos su paquete con la aplicación para NC Pre-K:

Pueden mandar todos los documentos por *correo* a:

Cabarrus Partnership for Children

Attention: Lyne Goode

PO Box 87

Kannapolis, NC 28082

Pueden mandar todos los documentos por *fax* al: 704-934-0029

Pueden también mandar los documentos por e-mail: [lyne@cabarruspartnership.org](mailto:lyne@cabarruspartnership.org)

**Si su familia no tiene acceso a una fotocopidora, tienen alguna pregunta sobre la aplicación o acerca del programa, por favor, llámenos al 704-933-8278 ext. 302 para programar una cita**

El paquete para la aplicación de NC Pre-K debe incluir:

1. "Hoja de Datos sobre los Padres"
2. "Datos de interés sobre el programa NC Pre-K"
3. Documentos de acuerdo firmado por los padres y que incluyen los siguientes:
4. "Acuerdo Para Servicios Educativos"
5. "Acuerdo de Servicios de Salud"
6. "Consentimiento para Fotografiar, Filmar o grabar a los niños"
7. La aplicación de NC Pre-K completamente llena –asegúrense de llenar las áreas que se han marcado en color amarillo
8. Copias de los documentos que se especifican en la **página 2** que irá en el paquete de aplicación de su niño(a)

Si han entregado la aplicación, pero no les hemos confirmado en una semana que la hemos recibido, por favor reenvíenla.

Documentos que se requieren para completar la aplicación

- A. Una identificación actual del padre o la madre
- B. Si el niño(a) está en un hogar de acogida (Foster Care), o si el adulto que cuida al niño es el tutor legal, entonces debe tener documentación que demuestre la custodia legal o tutela
- C. Prueba de ingresos del 2018- Debe traer uno de los siguientes para cada uno de los padres en el hogar incluyendo a padrastros
  - a. W2 del 2019, formulario de impuestos del 2018, último talonario de cheque del 2018, una carta del empleador indicando el ingreso anual del 2018, o una carta del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) indicando el ingreso anual del 2018
  - b. Declaración de desempleo de parte de la Comisión de Seguridad de Empleo
- D. Prueba de fuentes adicionales de ingresos
  - a. Asistencia Monetaria/ Acuerdo de Pago Protegido (Work First)
  - b. Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario por discapacidad (SSI, por sus siglas en inglés)
  - c. Asistencia de la Administración de Seguro Social (SSA)
  - d. Manutención del niño(a) (Child Support)
- E. Prueba de Domicilio- debe tener dos pruebas y estas tienen que incluir el nombre y dirección de uno de los padres
  - a. Primera Fuente- Por favor, traiga uno de los siguientes
    - i. Título de propiedad de la casa
    - ii. Declaración de los impuestos de la casa
    - iii. Contrato de renta
    - iv. Declaración del cierre de la casa
  - b. Segunda Fuente- Por favor, traiga uno de los siguientes
    - i. Una identificación o licencia del Departamento de Vehículos de Motor (DMV) Matrícula Consular con su nombre y dirección actual
    - ii. Registración de su vehículo con su nombre y dirección actual
    - iii. Factura/Cobro de los servicios públicos (agua, luz, teléfono), con nombre y dirección actual
    - iv. Estado de cuenta del banco con nombre y dirección actual
    - v. Tarjeta de Medicaid con nombre y dirección actual
  - c. Certificación de Domicilio- Si los padres viven con alguien más que es responsable del domicilio, entonces esa persona debe traer 2 formas de documentación que se muestran arriba, una identificación con foto. La familia debe firmar la "Certificación de Domicilio" enfrente de un notario público. Si necesita este documento, por favor, déjenos saber.
- F. Acta de nacimiento del niño(a)
- G. Una copia del récord de vacunas más reciente del niño(a)
- H. Tarjeta de Medicaid del niño(a) o de otro seguro médico
- I. Prueba de factores de riesgo- debe traer documentación si alguno de los siguientes aplica a su niño(a)
  - a. Familia con miembros en el ejército- documentación mostrando el estatus Militar
  - b. Estado de salud crónica- carta del doctor indicando cómo esta condición de salud afecta la habilidad del niño o la niña para aprender
  - c. Documentación de que el niño(a) está en el Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)
  - d. Necesidad del Desarrollo- documentación de un profesional de salud mostrando alguna preocupación

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_



Cabarrus Partnership  
for children

**Hoja de Datos sobre los Padres- debe ser llenada por uno de los padres**

Yo entiendo que toda la información provista por mí durante el proceso de aplicación será tratada confidencialmente. Esto también será parte de mi registro confidencial permanente a fin de satisfacer los requisitos de reporte de informes Federales y Estatales. A fin de evitar retrasos en el proceso de aplicación de su niño(a), por favor, conteste todas las preguntas.

**Nombre del padre o madre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Dirección:**

**Números telefónicos de contacto:**

**Correo electrónico:**

**¿Cómo se llama el Centro de cuidado infantil o el preescolar donde está su niño o niña actualmente?**

\_\_\_\_\_

**¿Está viviendo en casa el Padre/Madre de Familia primario que usted anotó en la aplicación?**

Sí o NO No está viviendo en casa

**Por favor, dibuje un círculo si lo siguiente aplica al Padre/Madre de Familia primario. Puede elegir más de una:**

Empleado(a)          Desempleado(a)          Buscando Empleo          Asistiendo al colegio/escuela

**¿Está viviendo en casa el Padre/Madre de Familia secundario que usted anotó en la aplicación?**

Sí o NO No está viviendo en casa *(estos incluyen padres biológicos o padrastros/madrastras)*

**Por favor, dibuje un círculo si lo siguiente aplica al Padre/Madre de familia secundario. Puede elegir más de una:**

Empleado(a)          Desempleado(a)          Buscando Empleo          Asistiendo al colegio/escuela

**¿Está usted recibiendo dinero para la manutención del niño o la niña? (Child Support)**

Sí o No

Si contestó afirmativamente, ¿cuánto recibe al mes? \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o la Madre:** \_\_\_\_\_

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



**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_

Deseamos colocar a cada niño o niña que aplica en un aula de pre-kínder. Sin embargo, no hay espacio suficiente. Sabemos cuánto desean las familias darles a sus niños esta oportunidad. Entendemos lo difícil que es darse cuenta de que su niño(a) está en la lista de espera o que no podemos darles los servicios en este momento.

Cada uno de nuestros programas utiliza criterios específicos para determinar la elegibilidad y prioridad para el servicio. La aplicación está diseñada para establecer elegibilidad. Los requisitos de elegibilidad son determinados por el estado. Cada niño con una aplicación ya completa es ingresado en una base de datos estatal que se usa para las matrículas del Programa de NC Pre-K. Los niños con los recursos financieros más bajos y con la necesidad más grande de educación son considerados primero. Otros factores de riesgo incluyen: alguna condición de salud crónica, necesidades de adquisición de lenguaje, si existe un retraso en el desarrollo o si uno de los padres está cumpliendo un servicio militar.

Asignamos a tantos niños como podamos, tan rápido que podamos. Continuamos dando lugares a los niños en los programas durante el año escolar, mientras los espacios disponibles lo permitan.

**Datos de interés sobre el programa NC Pre-K en el Condado de Cabarrus**

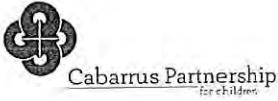
- ✓ Participar en el programa es voluntario y no es requerido por el estado
  - ✓ No todos los niños son elegibles para el programa
- ✓ Algunos niños son seleccionados durante la primera fase del proceso de colocación, pero algunos son puestos en la lista de espera y puede que se les contacte en una fecha posterior
- ✓ Ciertas aulas de NC Pre-K están localizadas en algunos centros privados de cuidado infantil y otras en escuelas elementales
  - ✓ No todas las localidades proveen transporte
- ✓ Algunos niños elegibles para NC Pre-K solo pueden asistir a cierta escuela o centro privado del programa basada en los fondos disponibles
- ✓ Las aplicaciones a las que les haga falta algún documento no pueden ser procesadas para el programa
- ✓ Si a su niño o niña se le ofrece un lugar en el programa, usted recibirá una llamada del personal de NC Pre-K. Se le darán 2 días para que confirme con nosotros si ha aceptado.
- ✓ Si para la fecha límite la familia no confirma con nosotros que acepta el cupo, al niño se le pondrá de regreso en la lista de espera.
  - ✓ Seguiremos seleccionando y colocando a los niños hasta que todos los cupos disponibles hayan sido confirmados
  - ✓ Una vez que todos los cupos son confirmados, las familias a las que no hemos contactado recibirán una carta notificándoles que su niño o niña está en la lista de espera

He leído y entendido el proceso de elegibilidad y colocación del programa NC Pre-K

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o la Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al niño(a)



**Acuerdo Para Servicios Educativos**

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Madre:** \_\_\_\_\_

**Escuela donde el niño(a) asistirá:** \_\_\_\_\_

*La participación en los programas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus es una oportunidad única. Como con cualquier otra oportunidad, conlleva responsabilidades. Por medio de este contrato, los padres se están uniendo a los Programas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus en una asociación para apoyar a nuestros niños.*

**Estoy comprometido(a) con y voy a:**

1. Estar de acuerdo en que mi niño(a) asista a la escuela cada día que él/ella pueda hacerlo. Yo entiendo que es la responsabilidad de los padres enviar una nota cada vez que el niño(a) esté ausente. Yo entiendo que las ausencias sin excusa y la asistencia irregular (aún teniendo las ayudas como apoyo) resultará en que mi niño(a) sea rechazado del programa.
2. Estar de acuerdo en asegurarme de que mi niño(a) llegue al comienzo del día escolar.
3. Estar de acuerdo en proveer transportación a mi niño(a), y a que se le deje y se le recoja a tiempo. Estoy al tanto de que no hay provisiones para cuidado infantil antes y después de la escuela.
4. Estar de acuerdo en mantener las vacunas/exámenes físicos al día y encargarme de cualquier necesidad médica que surja.
5. Estar de acuerdo en que el personal haga visitas a domicilio durante el año escolar.
6. Estar de acuerdo en asistir a conferencias solicitadas por el (la) maestro(a) de mi niño(a) y estar disponible para tener contacto de manera regular con el personal. (Esto puede que incluya visitas a domicilio, conferencias por vía telefónica o conferencias en la escuela.
7. Estar de acuerdo en leer todas las noches con mi niño(a) y firmar el registro de lectura a diario si lo pide el (la) maestro(a) de mi niño(a).
8. Estar de acuerdo en participar con mi niño(a) en actividades regulares en casa si es pedido por el (la) maestro(a) de mi niño(a) para promover el aprendizaje de alfabetización.
9. Estar de acuerdo en revisar la mochila de mi niño(a) diariamente para la comunicación entre escuela/hogar.
10. Estar de acuerdo en dejar a mi niño(a) participar en la Evaluación de Desarrollo de los Programas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus.
11. Estar de acuerdo en seguir con cuidado las recomendaciones de parte de los especialistas de apoyo, en caso de que la maestra de mi niño(a) tenga alguna preocupación adicional con respecto a su comportamiento o educación.

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

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



**Acuerdo de Servicios de Salud  
Escuelas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus**

**Programa pre-escolar del Condado de Cabarrus** requiere cuidado de salud continuo para todos los estudiantes de manera que estén saludables y listos para aprender. Como condición de matrícula en este programa,

Estoy de acuerdo en lo siguiente para \_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

- Llevaré a mi niño(a) al proveedor de servicios de salud para un chequeo físico cada 12 meses **y le proveeré a la escuela una copia del examen físico y del récord de vacunas.**
- Si la visión de mi niño(a) no es revisada durante la visita médica, estoy de acuerdo en que su visión sea revisada por el personal de la escuela. **Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la visión de mi niño(a).**
- Si la audición de mi niño(a) no es revisada durante la cita médica, estoy de acuerdo en que se le haga el examen de oídos por parte del audiólogo de la escuela. **Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la audición de mi niño(a).**
- Estoy de acuerdo en llevar a mi niño(a) a su dentista regular para un examen cada 6 meses o permitirle a la Clínica Dental de la Alianza de Salud de Cabarrus completar un examen dentro de los 90 días de matrícula. Si el dentista determina que mi niño(a) necesita tratamiento adicional, estoy de acuerdo en completar todos los tratamientos antes de finalizar el año escolar. **Yo estoy de acuerdo en completar todos los tratamientos antes de concluir el año escolar.**
- **Estoy de acuerdo en buscar o recoger a mi niño(a) de la escuela si ocurre lo siguiente:**
  - Vómito-el niño(a) deberá estar sin vómito y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.
  - Diarrea-el niño(a) deberá estar sin diarrea y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.
  - Fiebre-100 grados F o más. El niño(a) deberá estar sin fiebre y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.
  - Piojos, insectos vivos-al niño(a) se le mandará a la casa con la hoja de tratamiento por 14 días y deberá primero ver a la enferma antes de regresar a la clase, después del tratamiento inicial.
  - Otro-Vea el Manual para Padres para la lista de condiciones/enfermedades que requieren la exclusión/salida de la escuela.

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Cabarrus Partnership  
for children



**Cabarrus Partnership for Children**  
**1303 South Cannon Blvd, Kannapolis, NC 28083**  
**Phone: 704-933-8278 Fax: 704-934-0029**

## **Consentimiento para Fotografiar, Filmar o Grabar a los Niños**

Doy permiso para que mi hijo(a) sea grabado(a) o fotografiado(a) por la Asociación de Niños de Cabarrus, Cabarrus County Schools, Kannapolis City Schools, y/o Departamento de Servicios Humanos.

La película, grabación o fotografía será usada para fines educativos o informativos a la discreción de la Asociación para Niños. El propósito principal es compartir información sobre la comunidad que afecta a los niños pequeños y a sus familias. Estos servicios son financiados por Smart Start.

Gracias por permitir que sus niños sean un ejemplo de cómo Smart Start está creando conciencia de las necesidades de los niños en la comunidad.

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Escuela donde su hijo(a) asiste: \_\_\_\_\_

Maestro(a) de su hijo(a):  
\_\_\_\_\_

# ← Cabarrus County Partnership for Children Pre-K Application

## Applicant & Family Member Information

Child/Applicant								
First	Middle	Last	Suffix	Nickname	Birthday	Gender	SSN	Alt ID
<b>Race</b> <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Hispanic</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>English Proficiency</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient		<b>Other Language</b> _____		<b>Other Language Proficiency</b> <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient
<b>Primary Health Coverage</b> Other Coverage		<b>Insurance #</b>		<b>Medicaid Eligibility</b> <input type="checkbox"/> Not Eligible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potentially		<b>Medicaid #</b>		<b>Doctor/Medical Home</b>
<b>Dental Coverage</b>		<b>Dental Coverage #</b>		<b>Dentist/Dental Home</b>				

**Child Care Status**

Never been served  
 Currently served  
 Currently unserved  
 In unregulated care  
 IRC not getting subsidy  
 IRC receiving subsidy

If currently served, where?

**Medical Condition**

No  
 Yes  
 Explain: \_\_\_\_\_

**Education/Development**

No Concerns  
 Concerns  
 IEP  
 IFSP  
 Explain: \_\_\_\_\_

Primary Adult								
First	Middle	Last	Suffix	Nickname	Birthday	Gender	SSN	Alt ID
<b>Race</b> <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Hispanic</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>English Proficiency</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient		<b>Other Language</b> _____		<b>Other Language Proficiency</b> <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient
<b>Highest Grade Completed</b> <input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Grade 10 <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Grade 12 <input type="checkbox"/> Col or Adv Train <input type="checkbox"/> < Grade 9 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Graduate <input type="checkbox"/> Master's		<b>Employment Status</b> <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Full Time & Training <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Part Time & Training <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Training or School <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Retired or Disabled		<b>Child's Relationship</b> <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step <input type="checkbox"/> Grandchild <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Other		<b>Custody</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Check all that apply:</b> <input type="checkbox"/> Lives with Family <input type="checkbox"/> Provides Financial Support <input type="checkbox"/> Teen Parent  If teen parent, subsidized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Email Address:</b> _____								

**Active Military**

No  
 Yes  
 Last 18 months  
 Injured/Killed Serving  
 Receiving Disability  
 Receiving Retirement

Notes: \_\_\_\_\_



Secondary or Other Adult											
First	Middle	Last	Suffix	Nickname	Birthday	Gender	SSN	Alt ID			
<b>Race</b>		<b>Hispanic</b>		<b>English Proficiency</b>		<b>Other Language</b>		<b>Other Language Proficiency</b>			
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient		<input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient			
<b>Highest Grade Completed</b>		<b>Employment Status</b>		<b>Child's Relationship</b>		<b>Custody</b>		<b>Check all that apply:</b>			
<input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Col or Adv Train <input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> Grade 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Grade 12 <input type="checkbox"/> < Grade 9 <input type="checkbox"/> HS Graduate <input type="checkbox"/> Master's		<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Unemployed		<input type="checkbox"/> Full Time & Training <input type="checkbox"/> Part Time & Training <input type="checkbox"/> Training or School <input type="checkbox"/> Retired or Disabled		<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step <input type="checkbox"/> Grandchild <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Lives with Family <input type="checkbox"/> Provides Financial Support <input type="checkbox"/> Teen Parent  If teen parent, subsidized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Email Address:</b>											

**Active Military**

No  
 Yes  
 Last 18 months  
 Injured/Killed Serving  
 Receiving Disability  
 Receiving Retirement

Notes:

Additional Child (Non-Applicant)								
First	Middle	Last	Suffix	Nickname	Birthday	Gender	SSN	
<b>Race</b>		<b>Hispanic</b>		<b>English Proficiency</b>		<b>Other Language</b>		<b>Other Language Proficiency</b>
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient		<input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient

Additional Child (Non-Applicant)								
First	Middle	Last	Suffix	Nickname	Birthday	Gender	SSN	
<b>Race</b>		<b>Hispanic</b>		<b>English Proficiency</b>		<b>Other Language</b>		<b>Other Language Proficiency</b>
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient		<input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Proficient

\* If a family has more than one child applying for services, please complete a separate copy of this form for each applicant.

Be sure to list all siblings in the name

Child's Name      Date of Birth      Race

# Family Information, Income & Contacts

Family Information						
<b>Family Living Address</b>						
Started Living At Date	Living Address	Address Line 2	ZIP	City	State	County
<b>Family Mailing Address</b>						
Same as living?	Started Using Date	Mailing Address	Address Line 2	ZIP	City	State
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Type (check one)		Note (for example, an extension or best time to call)		
Phone Number(s)		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other				
		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other				
		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other				
Parental Status (check one)	Primary Language at Home	Homeless Family	Active Duty Military	Referred by Child Welfare Agency	Receiving SNAP	WIC
<input type="checkbox"/> One <input type="checkbox"/> Two		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Family Income						
Income Verified by			Verification Date		TANF Status	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Formerly on TANF/Not now	
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Family Member	Amount	Per (for example: week, month, year)	Annual Amount	Description (for example: SSI, Job, Child Support)	Verification (for example: W2, check stub)	Note
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Income Notes						

Emergency Contacts						
Contact 1	Name	Relationship		Emergency Contact		Release To
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Address	ZIP		City		State
	Phone Number 1	Phone Number 2	Phone Number 3			
	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work		
Contact 2	Name	Relationship		Emergency Contact		Release To
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Address	ZIP		City		State
	Phone Number 1	Phone Number 2	Phone Number 3			
	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work		
Contact 3	Name	Relationship		Emergency Contact		Release To
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Address	ZIP		City		State
	Phone Number 1	Phone Number 2	Phone Number 3			
	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work		

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

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_