

# Aplicación Preescolar para Escuelas Transylvania

(Sólo para uso agencia) 4 year old \_\_\_\_\_ 3 year old \_\_\_\_\_

<b>Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)</b>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento		
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Seguro</b>		<b>Medicaid Elegibilidad</b>		<b>Doctor</b>	<b>Ultima Cita</b>	
<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> No es Elegible				
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				
<input type="checkbox"/> Privado		<input type="checkbox"/> Recibir Medicaid				
<input type="checkbox"/> Ninguno						
<b>Dentista</b>		<b>Última Cita</b>	<b>Tratamiento necesario</b>		<b>Próxima Cita</b>	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<b>Adulto Principal</b>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento		
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Nivel de Educació</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Otro pariente		
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo		
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				Dirección de Email: _____		

<b>Adulto Secundario</b>						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento		
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>	<b>Escoja todos los que apliquen:</b>
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Título universitario/ entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado	<input type="checkbox"/> < Grados 9	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Adoptivo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
				Dirección de Email: _____		

<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Sexo	Fecha de nacimiento
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		

<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Sexo	Fecha de nacimiento
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>

<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente	

\*Número en Familia \_\_\_\_\_ Incluir información sobre más jóvenes 2 hermanos en niño adicional (Página 1 de 2)

## Aplicación Preescolar para Escuelas Transylvania

El nombre del niño \_\_\_\_\_

Información General					
Dirección de Residencia	Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal		
Nombre	Número de Teléfono	Tipo (Llene uno)		texto	
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro _____
		_____			
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> No _____
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	_____
¿Familia monoparental?	Lengua Principal en el Hogar	Familia Militar	Reciben SNAP	WIC	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de Familia			
Miembro de Familia	Cantidad Anual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<b>SSI</b>	<b>Program de: Trabajo Primero</b>	<b>Subsidio de Adopción</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Cuidado de Niños Pasado		
Su hijo ha estado alguna vez en Cuidado de Niños	En caso afirmativo: Nombre de Cuidado de Niños	En caso afirmativo: Fechas

Historia de la Medicina / Develomental	
¿Su hijo tiene alguna condición médica crónica (Inique todos que apiquen)	¿Su hijo / a tiene temores / preocupaciones de comportamiento?

- Convulsiones     Asma     Diabetes     Alergias (Que tipo)

Otro (Explica por Favor)

**¿Su hijo tiene un IEP o Servicios de CDSA, Lenguaje, Terapia Física?**

**En caso afirmativo    Por favor especifica**

- Sí     No

*Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.*

Firma del Padre/Madre/Guardián(a)

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El sistema escolar del condado de Transylvania o discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad en sus programas y actividades. La siguiente persona ha sido designada para atender las consultas acerca de estas reglas: Dr. Brian Weaver, Director de Personal, 225 Rosenwald Lane, Brevard, NC 28712, 828-884-6173