

# MECK Pre-K Aplicación 2019/2020

## Documentación Requerida



### 1. Solicitud completa

Responda todas las preguntas y asegúrese de firmar y fechar la solicitud.

### 2. Acta de nacimiento de su hijo

Los niños deben tener cuatro años de edad antes del 31 de agosto de 2019.

### 3. Prueba de domicilio

#### ¿Es dueño de una casa?

Proporcione una copia de escritura, declaración de hipoteca o declaración de cierre de HUD

#### ¿Alquila?

Proporcione una copia de contrato de arrendamiento

#### ¿Vive en la casa de alguien más?

Declaración Jurada de Residencia Notarizada y el estado de cuenta de hipoteca, escritura o arrendamiento de la persona con quien reside.

#### Y una copia de UNO de los siguientes artículos:

- Una factura de servicios públicos de gas, agua, electricidad, teléfono o cable.
- Una orden de trabajo con fecha dentro de los últimos 30 días de un servicio público
- Licencia de conducir válida de Carolina del Norte
- Tarjeta de identificación válida de Carolina del Norte
- Talón de pago, estado de cuenta bancario o de tarjeta de crédito con fecha dentro de los últimos 30 días
- Tarjeta de registro actual de vehículos
- Factura de impuestos del vehículo, factura de impuestos a la propiedad, W-2, Tarjeta de Medicaid con fecha dentro de un año.

### 4. Prueba de ingreso familiar

#### Y una copia de UNO de los siguientes artículos:

- Los talones de cheques más recientes o si le pagan en efectivo, una declaración del empleador actual con el nombre del empleado, las horas trabajadas y el ingreso bruto semanal. Incluya el nombre del negocio y la firma del supervisor.
- Si trabaja por cuenta propia, envíe estados de cuenta bancarios que indiquen su ingreso mensual (cobros), forma 1099 o registros de impuestos.
- Cartas de adjudicación de la Administración de la Seguridad Social.
- Cartas de adjudicación de la Comisión de Seguridad del Empleo.
- Si el niño recibe WIC, cupones de alimentos (SNAP) o Medicaid, proporcione la documentación.
- Se aceptan W-2 / Declaraciones de impuestos para 2018 si la situación laboral no ha cambiado

#### IMPORTANTE

Registros de Inmunización y un Físico reciente (dentro de un año) se vencen el primer día de escuela.

#### Copia de uno de los siguientes documentos:

- Carta de una agencia aprobada
- Carta de reasentamiento de refugiados.
- Copia del contrato de arrendamiento de la Autoridad de Vivienda de Charlotte
- Carta / Declaración del hotel o motel.

#### Enviar o traer su aplicación y requerido documentación a:

#### MECK Pre-K

601 E. 5th Street, Suite 200  
Charlotte, NC 28202  
info@meckprek.org  
FAX: 704-377-1824  
PHONE: 704-943-9585

Por favor, guarde esta página para futuras referencias



# Solicitud para MECK Pre-K 2019-2020

Todos los documentos requeridos deben ser provistos. Solicitudes incompletas no serán procesadas.

## Información del Niño/a *Por favor escribir con letras de imprenta*

<b>Primer Nombre del Niño/a:</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido(s)</b>
Nombre preferido:		

<b>Dirección Completa:</b>	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
----------------------------	--------------	---------------	---------------	----------------------

<b>Edad:</b> _____ <i>Niño debe tener 4 años hasta el 31 de Agosto del 2019</i>	Fecha de nacimiento ____/____/____ Mes Día Año	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene su hijo un padre que es miembro activo en el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
			Rama del ejercito _____

**Niño/a vive con : \*(documentos legales requerido)**

Ambos padres   
  Madre   
  Padre   
  Tutor Legal\*   
  Padres de crianza \*

<b>Raza:</b> (marques TODO lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Negro/Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro(explique): _____	<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
---	--

## Información de familia *Por favor escribir con letras de imprenta* **Conteste cada pregunta**

<b>Nombre completo de Madre o Madrastra o Guardián legal</b> (encierre cual)	Correo electrónico: (Por favor escribe claramente)
--	--

Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> Igual a la del niño/a	¿Tiene permiso para recoger niño/a de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO (documentación legal requerida)
---	--

Número de teléfono de casa:	Número de teléfono celular/móvil:	Número de teléfono de trabajo:
-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

## Educación

<input type="checkbox"/> En programa de secundaria o de diploma de equivalencia de postgrado (GED)	<input type="checkbox"/> En educación post secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título de asociado	<input type="checkbox"/> Título de maestría
<input type="checkbox"/> Terminado la secundaria o diploma de equivalencia de postgrado (GED)	<input type="checkbox"/> Terminado educación post-secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título de bachiller	<input type="checkbox"/> Título de doctor

## Ingreso

<input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo <input type="checkbox"/> Desempleada o buscando trabajo	¿Cuál fue su último mes de ingreso?	Ingreso bruto actual para el 2019 (incluya los últimos talones de cheque si están disponibles) \$
<input type="checkbox"/> Empleada # de horas por semana _____	Empleador	Ingreso bruto \$ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
<input type="checkbox"/> Trabajador Independiente/Negocio Propio	Nombre y tipo de negocio	Ingreso bruto \$ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal

<input type="checkbox"/> Pensión Conyugal/Alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	<b>Si está desempleada</b> – Yo certifico que la persona nombrada está desempleada y no tiene ningún tipo de ingreso. La persona responsable o que apoya para las necesidades financieras de la familia es: _____ Entiendo que mi hijo/hija puede ser sacado del programa preescolar si se encuentra que esta información es falsa _____ <div style="text-align: right;">INICIALES</div>
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Cupones de alimento \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo/Indemnización Laboral \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Indemnización por invalidez \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Subvención de alquiler/utilidades publicas \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Asistencia/Apoyo Familiar \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) \$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	

<b>Nombre completo de Madre o Madrastra o Guardián legal</b> (encierre cual)		Correo electrónico: (Por favor escribe claramente)
Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> Igual a la del niño/a		¿Tiene permiso para recoger niño/a de la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (documentación legal requerida)
Número de teléfono de casa:	Número de teléfono celular/móvil:	Número de teléfono de trabajo:

<b>Educación</b>			
<input type="checkbox"/> En programa de secundaria o de diploma de equivalencia de postgrado (GED)	<input type="checkbox"/> En educación post secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título de asociado	<input type="checkbox"/> Título de maestría
<input type="checkbox"/> Terminado la secundaria o diploma de equivalencia de postgrado (GED)	<input type="checkbox"/> Terminado educación post-secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título de bachiller	<input type="checkbox"/> Título de doctor

<b>Ingreso</b>		¿Cuál fue su último mes de ingreso?	Ingreso bruto actual para el 2019 (incluya los últimos talones de cheque si están disponibles) \$
<input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleada o buscando trabajo		

Empleador		Ingreso bruto \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
<input type="checkbox"/> Empleada	# de horas por semana _____		

Nombre y tipo de negocio		Ingreso bruto \$	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
<input type="checkbox"/> Trabajador Independiente/Negocio Propio			

<input type="checkbox"/> Pensión Conyugal/Alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	<p><b>Si está desempleada</b> – Yo certifico que la persona nombrada está desempleada y no tiene ningún tipo de ingreso. La persona responsable o que apoya para las necesidades financieras de la familia es: _____</p> <p>Entiendo que mi hijo/hija puede ser sacado del programa preescolar si se encuentra que esta información es falsa _____</p> <p style="text-align: center;">INICIALES</p>
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Cupones de alimento	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo/Indemnización Laboral	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Indemnización por invalidez	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Subvención de alquiler/utilidades publicas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Asistencia/Apoyo Familiar	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	

<b>Información de contacto de emergencia- Por favor suministre datos de contacto para personas además de los padres)</b>		
<b>Nombre Completo</b>	<b>Relación al solicitante</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Nombre Completo</b>	<b>Relación al solicitante</b>	<b>Número de teléfono</b>

Nombre completo de los otros hijos (menos de 18 años en edad) en el hogar	Fecha de nacimiento	Relación al niño/a	Participa en Programa de Almuerzo Gratis o Medicaid
1.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.		<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Información Adicional

¿Tiene su hijo una condición crónica de salud o una significativa preocupación de salud?  No  Si explique

¿Tiene su hijo un Plan Educativo Individual vigente (IEP)?  No  Si (copia del IEP deber ser incluida con la aplicación)

¿Ha recibido o recibe su hijo actualmente servicios para una necesidad especial o discapacidad?  No  Si

### Tipo de Servicio

### Proveedor de servicio

Terapia de lenguaje (Speech) \_\_\_\_\_

Terapia ocupacional (OT) \_\_\_\_\_

Terapia física (PT) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna preocupación acerca del desarrollo de su niño (aprendizaje, habla, audición, o comportamiento)?  No  Si explique

¿El niño/a sé a mudado más de dos veces en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿El niño/a participa en el Programa de Almuerzo o Medicaid?  Sí  No

¿El niño/a tiene historia de abuso o maltrato, o a si expuesto a violencia doméstica o violencia en el vecindario?  Sí  No

¿Con que frecuencia lee a su hijo?  Sí  No

Marque cualquiera de las siguientes descripciones que se aplican a los sentimientos de usted (padre/madre)  Angustiado  Triste  Solo

Enojado  Deprimido  Indefenso  Emocionalmente entumecido  Falta de autoestima  Abuso de sustancias controladas  Tengo ansiedad

## Encuesta de idioma familiar

¿Qué idioma habla el niño? \_\_\_\_\_ ¿Segundo idioma? \_\_\_\_\_ Idioma preferido? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma preferido de la madre? \_\_\_\_\_ ¿Segundo idioma? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma preferido del padre? \_\_\_\_\_ ¿Segundo idioma? \_\_\_\_\_

## Encuesta de cuidado diario y transporte

¿Quién cuida a su hijo/a durante el día? (Guardería, abuelos, niñera etc.) \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna otra persona que le ayuda con el cuidado del niño/a  Si  No

¿Ha asistido su hijo a un centro de cuidado infantil?  Sí  No

Asistió a los 3 años de edad  Sí  No

- Necesito cuidado después de la escuela \*\*
- Necesito cuidado durante las vacaciones escolares \*\*
- Estoy recibiendo subsidio
- Yo tengo modo de transporte confiable
- Estoy interesado en transporte para mi hijo/a (vea explicación siguiente)

**\*\*El Preescolar, Meck PRE-K, en un programa gratis para familias que son elegibles de acuerdo a su ingreso familiar. El programa Meck Pre-K dura 6.5 horas al día, y las clases terminan a las 2:30 pm cada día. Si usted necesita cuidado para su hijo antes o después del día en el preescolar Meck Pre-K, usted debe hacer arreglos con la guardería que provee el programa para su hijo/a y contactar CCRI para explorar las opciones disponibles para el cuidado antes o después de escuela y durante las vacaciones. Padres que trabajan pueden aplicar para un subsidio para cuidado después de la escuela o en las vacaciones llamando CCRI al 704-376-6697.**

**El transporte no es parte del programa MECK Pre-K. Algunas de las localizaciones ofrecen un programa de transporte limitado a un costo establecido independientemente. Como participación en un programa de transporte no es garantizado los padres son responsables para asegurar que los niños/niñas lleguen a tiempo diariamente al programa preescolar.**

**¿Cómo se enteró sobre el programa Meck Pre-K?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anuncio en cartela               | <input type="checkbox"/> Recomendaciones personales                            |
| <input type="checkbox"/> Facebook/Twitter/Instagram       | <input type="checkbox"/> Mensaje en la puerta                                  |
| <input type="checkbox"/> Revista/ Directorio de guardería | <input type="checkbox"/> Publicidad por correo                                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de noticias/radio       | <input type="checkbox"/> Child Care Resources Inc. (CCRI)                      |
| <input type="checkbox"/> Periódico                        | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales/Trabajadora Social |
| <input type="checkbox"/> Iglesia                          | <input type="checkbox"/> Referido por CMS                                      |
| <input type="checkbox"/> Guardería                        | <input type="checkbox"/> Otro _____  |

**Firmas y Autorizaciones**

Yo autorizo a las agencias asociadas de Pre-K (Escuelas Públicas de Charlotte-Mecklenburg, Smart Start del Condado de Mecklenburg y el Centro Bethlehem de Charlotte) a intercambiar información sobre mi hijo con el fin de determinar la elegibilidad para los Programas de Pre-K financiados por el gobierno federal y estatal y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.

Doy mi permiso al personal de Meck Pre-K y el programa Meck Pre-K para discutir y compartir documentos sobre el progreso de mi hijo y las necesidades del aula o apoyo exterior por preocupaciones de conducta, habla, problemas auditivos y de desarrollo.

Entiendo que esta solicitud es para una posible inscripción y seré notificado si mi hijo es elegible y que colocación en el programa no es garantizado.

Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado y/o grabado en video para exhibición en el centro, libro de recuerdos, artículos periodísticos, transmisión de televisión y / o publicaciones de MECK Pre-k Facebook o sitios web.

Estoy de acuerdo de que mi hijo/a llegara al programa preescolar MECK Pre-K a tiempo y asistirá diariamente.

Participare con los maestros y la escuela para preparar a mi hijo/a para un futuro **exitoso**.

**Las falsificaciones deliberadas pueden someterme a un proceso bajo las leyes estatales aplicables en NC. Certifico que soy el padre/representante legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud y toda la información es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender.**

**Firma de Padre o Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



*Complete application packets may be mailed or returned to:*

**Meck Pre-K Program  
Child and Family Services Building  
601 E. Fifth Street, Suite 200  
Charlotte NC 28202**

**Phone: 704-943-9585  
FAX: 704-377-1824  
EMAIL: [info@MeckPreK.org](mailto:info@MeckPreK.org)**