



Solicitud para MECK Pre-K 2023-2024

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

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

Primer Nombre del Niño/a: Nombre preferido: _____	Segundo Nombre: _____	Apellido(s): _____
Edad: _____ <i>Niño debe tener 4 años antes de 31 de Agosto del 2023</i>	Fecha de nacimiento ____/____/____ Mes Día Año	Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza: (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): _____		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
¿Qué idioma habla el niño? _____ ¿Segundo idioma? _____ ¿Idioma preferido? _____		
Relación del niño/a con el padre/madre/tutor:	Niño/a vive con: *documentos legales requerido <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal* <input type="checkbox"/> Padres de crianza*	
¿Comparte la custodia de su hijo o tiene un acuerdo de custodia compartida para el niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Dirección Completa: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		

Información de familia Conteste cada pregunta

Nombre completo de Madre o Madrastra o Guardián legal (encierre cual)	Correo electrónico: (Por favor escribe claramente)
Educación: <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/escuela preparatoria <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	
Idioma preferido: _____	Segundo idioma: _____ ¿Miembro activo en el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Número de teléfono de casa: _____	Número de teléfono celular/móvil: _____ Rama del ejercito _____ Número de teléfono de trabajo: _____
Nombre completo de Padre o Padrastro o Guardián legal (encierre cual)	
Correo electrónico: (Por favor escribe claramente)	
Educación: <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/escuela preparatoria <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	
Idioma preferido: _____	Segundo idioma: _____ ¿Miembro activo en el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Número de teléfono de casa: _____	Número de teléfono celular/móvil: _____ Rama del ejercito _____ Número de teléfono de trabajo: _____

Información de los hermanos

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

Madre o Madrastra o Guardián legal (encierre cual)			
Ingreso			
<input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleada o buscando trabajo	¿Cuál fue su último mes de ingreso?	Discurso bruto hasta la fecha (proporcionar los últimos talones de cheques / extractos bancarios) \$
<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	<p>Si está desempleada – 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	

Padre o Padrastro o Guardián legal (encierre cual)			
Ingreso			
<input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleada o buscando trabajo	¿Cuál fue su último mes de ingreso?	Discurso bruto hasta la fecha (proporcionar los últimos talones de cheques / extractos bancarios) \$
<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	<p>Si está desempleada – 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	

Información de contacto de emergencia			Por favor suministre datos de 3 contacto para personas además de los padres	
¿Tiene permiso para recoger niño/a de la escuela?				
Nombre Completo	Relación al solicitante	Número de teléfono/Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre Completo	Relación al solicitante	Número de teléfono/Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre Completo	Relación al solicitante	Número de teléfono/Correo electrónico	<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 Sí

Explique: _____

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

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 Sí

Explique: _____

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

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

¿Con que frecuencia lee a su hijo? En forma diaria Algunas veces en la semana Rara vez Nunca

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

Por favor, marque cualquier declaración que le aplique a su caso (padre/guardián):

En las últimas dos semanas, me he sentido frustrado fácilmente Me siento nervioso cuando estoy rodeado de grandes multitudes/ mucha gente

Es difícil para mí sacarme los pensamientos negativos de la cabeza Me cuesta concentrarme o enfocarme

Tengo dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido Me siento solo

En el último mes, he estado más triste que feliz Quiero dejar de consumir drogas y alcohol

Encuesta de cuidado diario y transporte

¿El niño recibe actualmente un subsidio/cupón de cuidado infantil? Sí No

¿El niño participa en Programa de Almuerzo Gratis o Medicaid? Sí No

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

¿Quién cuida a su hijo/a durante el día? (Centro de cuidado infantil, Guardería, abuelos, niñera, etc.)

Si ha asistido su hijo a un centro de cuidado infantil:

¿Su niño está inscripto para jornada completa o parcial?

Jornada completa Jornada parcial

¿El niño recibió cuidado infantil profesional durante los últimos 12 meses? Sí No

Necesito cuidado antes de la escuela**

Necesito cuidado después de la escuela**

Necesito cuidado durante las vacaciones escolares**

Estoy interesado en transporte para mi hijo/a (vea explicación siguiente)

Yo tengo modo de transporte confiable

**El Preescolar, Meck PRE-K en un programa gratis para niños de cuatro años en el condado de Mecklenburg. 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?

- Anuncio en cartela
- Facebook/Twitter/Instagram
- Búsqueda de internet
- Revista/ Directorio de guardería
- Programa de noticias
- Iglesia
- Guardería
- Comercial de television
- Anuncio de radio
- Recomendaciones Personale de un amigo o familiar
- Centro Valerie C. Woodard/Centro de Recursos Comunitarios en Freedom Drive
- Recursos de cuidado infantil /Child Care Resources Inc. (CCRI)
- Departamento de Servicios Sociales/Trabajadora Social
- Referido por CMS (Escuelas de Charlotte/Mecklenburg)
- Tabla de información de MECK Pre-K en eventos comunitarios
- Otro _____

FIRMAS Y AUTORIZACIONES

Inicial abajo

Yo autorizo a las agencias asociadas de PreKínder (Escuelas Públicas de Charlotte-Mecklenburg, Smart Start del Condado de Mecklenburg, el Centro Bethlehem de Charlotte, Condado de Mecklenburg /Departamento de Servicios Sociales (DSS), y Recursos de Cuidado Infantil, inc. CCRI), a intercambiar información sobre mi hijo con el fin de determinar la elegibilidad para los Programas de PreKínder 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 me 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.

He descrito con precisión el acuerdo de custodia existente para mí(s) hijo(s). También entiendo que debo proporcionar una copia de cualquier acuerdo de custodia al personal de MECK Pre-K, y debo proveer una nueva copia si se realizan modificaciones o cambios durante el año escolar.

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 _____



Solicitud completos pueden enviarse por correo o devolverse a:

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

Teléfono: 704-943-9585
FAX: 704-377-1824

Correo electrónico: info@MeckPreK.org

