



# Solicitud para MECK Pre-K 2024-2025

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

## Información del Niño/a

Por favor escribir con letras de imprenta y en forma clara

<b>Primer Nombre del Niño/a:</b> Nombre preferido:	<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Apellido(s):</b>
<b>Edad:</b> <i>Niño debe tener 4 años antes de 31 de Agosto del 2024</i>	Fecha de nacimiento ____/____/____ Mes      Día      Año	Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

<b>Raza:</b> (marque <b>TODO</b> 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
---	--

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

<b>Relación del niño/a con el padre/madre/tutor:</b>	<b>El Niño/a vive con: *documentos legales requeridos</b> <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/a o tiene un acuerdo de custodia compartida para el niño?  No  Sí

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

## Información de la familia

Conteste cada pregunta

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

<b>Educación:</b> <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Termino la secundaria o diploma de equivalencia (GED)	<input type="checkbox"/> En educación post secundaria o programa de formación profesional <input type="checkbox"/> Termino la educación post secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título asociado o técnico <input type="checkbox"/> Título universitario	<input type="checkbox"/> Título de maestría <input type="checkbox"/> Título de doctor (Doctorado)
--	--	---	--

Idioma preferido:	Segundo idioma:	¿Miembro activo en el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Rama del ejercito _____
-------------------	-----------------	--

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

<b>Nombre completo de Padre o Padrastro o Guardián legal</b> (encierre cual)	Correo electrónico: (Por favor escriba claramente)
--	--

<b>Educación:</b> <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Termino la secundaria o diploma de equivalencia (GED)	<input type="checkbox"/> En educación post secundaria o programa de formación profesional <input type="checkbox"/> Termino la educación post secundaria o programa de formación profesional	<input type="checkbox"/> Título asociado o técnico <input type="checkbox"/> Título universitario	<input type="checkbox"/> Título de maestría <input type="checkbox"/> Título de doctor (Doctorado)
--	--	---	--

Idioma preferido:	Segundo idioma:	¿Miembro activo en el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Rama del ejercito _____
-------------------	-----------------	--

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

## Información de los hermanos

Nombre completo de los otros hijos (menos de 18 años de edad) en el hogar	Fecha de nacimiento	Relación con el 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, Madrastra o Guardián legal (encierre cuál)****Ingresos**

<input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleada o buscando trabajo	¿Cuál fue su último mes/año empleado?	Ingreso bruto hasta la fecha \$
		Empleador	Ingreso bruto <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal \$
<input type="checkbox"/> Empleada/o # de horas por semana _____			
<input type="checkbox"/> Trabajador Independiente/Negocio Propio		Nombre y tipo de negocio o servicio	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><b>Si está desempleado/a</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>_____.</p> <p>Entiendo que mi hijo/hija puede ser retirado del programa preescolar si se encuentra que esta información es falsa. _____ INICIALES AQUÍ</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/servicios públicos	\$ _____	<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/año empleado?	Ingreso bruto hasta la fecha \$
		Empleador	Ingreso bruto <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal \$
<input type="checkbox"/> Empleada/o # de horas por semana _____			
<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><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>_____.</p> <p>Entiendo que mi hijo/hija puede ser retirado del programa preescolar si se encuentra que esta información es falsa. _____ 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/ servicios públicos	\$ _____	<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 contactos de personas diferentes a los padres**

¿Tiene permiso para recoger al niño/a de la escuela?

Nombre Completo	Relación con el solicitante	Número de teléfono/Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre Completo	Relación con el solicitante	Número de teléfono/Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre Completo	Relación con el 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 preocupación significativa diagnosticada por un doctor?  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 ha sido expuesto a violencia doméstica o violencia en el vecindario?  No  Sí

¿Con qué 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 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

¿Su hijo ha asistido 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 inscrito para la 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 la explicación en la parte final de esta página**)
- 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 de la escuela 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. Los Padres que trabajan pueden aplicar para un subsidio para cuidado después de la escuela o en las vacaciones llamando a CCRI al 704-376-6697.**

**El transporte no es parte del programa MECK Pre-K. Algunas de las ubicaciones ofrecen un programa de transporte limitado a un costo establecido independientemente. La participación en un programa de transporte no es garantizada, los padres son responsables de asegurarse que los niños/niñas lleguen a tiempo diariamente al programa preescolar.**

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

- Anuncio en cartelera
- Facebook/Twitter/Instagram
- Búsqueda de internet
- Revista/ Directorio de guardería
- Programa de noticias
- Iglesia
- Guardería
- Comercial de televisión
- Anuncio de radio
- Recomendaciones Personales 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)
- Tablero de información de MECK Pre-K en eventos comunitarios
- Otro \_\_\_\_\_

**FIRMAS Y AUTORIZACIONES**

**Iniciales 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 de 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.

Los estudiantes de MECK PreK tienen derecho a acceder a evaluaciones de desarrollo gratuitas. Estas evaluaciones le brindan a MECK Pre-K una vía para identificar el desarrollo individual de cada niño y nos permite prepararnos mejor para educarlos Él/ Ella/ellos. Las evaluaciones pueden incluir la evaluación de tareas y habilidades relacionadas con cómo se comunica un niño, cómo usa herramientas para realizar las tareas de la vida diaria y/o cómo explora su entorno, etc.

El padre o tutor del menor puede revocar el consentimiento para las evaluaciones y exámenes de desarrollo en cualquier momento y por cualquier motivo, enviando una declaración escrita por correo electrónico, revocando el consentimiento para las evaluaciones y exámenes de desarrollo a info@meckprek.org. La declaración de revocación del consentimiento debe incluir el nombre completo y la fecha de nacimiento del estudiante.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en exámenes y evaluaciones de desarrollo gratuitos en las áreas de habla y lenguaje, desarrollo ocupacional, físico y cognitivo.

Doy mi consentimiento para que los resultados de la evaluación del desarrollo de mi hijo se compartan entre el personal de MECK Pre-K (maestros, asistentes de maestros, administradores de la escuela y personal administrativo interno de MECK Pre-K) para que puedan apoyar de una mejor manera su desarrollo saludable.

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

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 con que mi hijo/a llegará al programa preescolar MECK Pre-K a tiempo y asistirá diariamente.

Participaré 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 judicial segun 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.**

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

**La solicitud completa puede enviarse por correo o ser devuelta a:**



**MECK Pre-K Program**  
**601 E. Fifth Street, Suite 200**  
**Charlotte NC 28202**

**Teléfono: 704-943-9585 - FAX: 704-377-1824 - Correo electrónico: info@MeckPreK.org**

