

### Solicitud de Inscripción para niños

*Ser completado, firmado y puesto en archivo en la instalación el primer día y actualizado a medida que se producen cambios y por lo menos anualmente*

**Información del Niño(a):**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Preferencia de Centro(s): \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Primer Segundo Apellido Género

Dirección física del niño(a): \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Negro  Blanco  Asiático  Hispano/  Otra  \_\_\_\_\_

Seguro médico: Medicaid # \_\_\_\_\_ Seguro privado # \_\_\_\_\_ Sin seguro

**Información Familiar:**

**El niño(a) vive con:** Madre  Padre  Otro

**Cualquiera de los padres o guardianes legales un miembro de las fuerzas armada o veterano:** Sí  No

¿Se habla inglés en el hogar? Hablamos inglés con fluidez  Algo de inglés  Otro idioma hablado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o guardián \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño(a)) \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_

Educación: Grado más alto completado: \_\_\_\_\_ GED  Preparatoria  Algo de colegio  Universidad

Empleo: Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Matriculado en la escuela

**Correo electrónico del padre:** \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/guardián \_\_\_\_\_ origen étnico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño(a)) \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_

Educación: Grado más alto completado: \_\_\_\_\_ GED  Preparatoria  Algo de colegio  Universidad

Empleo: Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Matriculado en la escuela

**Correo electrónico de la madre:** \_\_\_\_\_

Otros en el hogar <u>dependientes de los ingresos de los padres/guardianes</u>	Fecha de nacimiento	Género	origen étnico

¿A qué escuela primaria asistirá su hijo(a)? \_\_\_\_\_  No estoy seguro

¿Está el niño en una guardería?: Sí  No  En caso afirmativo, donde \_\_\_\_\_ Vale de guardería: Sí  No

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con algún tipo de necesidades o retrasos especiales del desarrollo? Sí  No

Si es así, qué agencia o escuela hizo el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan individualizado de servicio familiar (IFSP)? Sí  No

En caso afirmativo, qué sistema escolar o agencia es a través de: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) recibe algún tipo de servicio de apoyo especializado? (Por favor marque todos los que apliquen)

Terapia de lenguaje  Fisioterapia  Terapia ocupacional  terapia de análisis de comportamiento aplicada (ABA)

Visitas domiciliarias de la intervención temprana  Programa de Habilidades Sociales  Otro

Explique \_\_\_\_\_

**Contactos:**

El niño(a) será entregado sólo a los padres/guardianes que se enumeran a continuación. El niño (a) también puede ser entregado a las siguientes personas, autorizado por la persona que firma esta solicitud. En caso de una emergencia, si no se puede localizar a los padres/guardianes, la instalación tiene permiso para comunicarse con las siguientes personas. Todos los solicitantes deben tener al menos dos contactos alternativos requeridos por la guía actualizada del DHHS de NC.

Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico
Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico
Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico
Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico
Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico
Nombre	Relación	Dirección	Número telefónico

**NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA:**

*Para cualquier niño(a) con necesidades de atención médica como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se adjuntará a la solicitud un plan de acción médica. El plan de acción médica debe ser completado por los padres o profesionales de la salud del niño(a).*

**Todas las líneas deben ser completarse o añadir N/A cuando no aplica a todas las preguntas a continuación:**

1. Enumere las alergias y los síntomas y el tipo de reacción necesarios para las reacciones alérgicas.  
\_\_\_\_\_
2. Enumere cualquier necesidad o inquietud de atención médica, síntomas y tipo de atención para estas necesidades de atención médica o preocupaciones.  
\_\_\_\_\_
3. Enumere los temores particulares o las características de comportamiento únicas que tiene el niño(a) \_\_\_\_\_
4. Enumere cualquier tipo de medicamentos que se toman para atender las necesidades de atención médica:  
\_\_\_\_\_
5. Compartir cualquier otra información que tenga una relación directa asegurando de un tratamiento médico seguro para su hijo(a).  
\_\_\_\_\_

**Necesidades nutricionales:**

¿Tiene el niño(a) necesidades dietéticas especiales:

Sí  No  En caso afirmativo, explique por favor \_\_\_\_\_

El niño(a) necesita leche especial: Y  N  en caso afirmativo, por favor enumere: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

Nombre del médico del niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_

Preferencia hospitalaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, como padre/guardián, autorizo al centro a obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que soy responsable de llamar a I-CARE, Inc. (704-873-2858 o 828-464-1108) con cualquier cambio en la información dentro de esta solicitud (número telefónico, dirección, ingresos, etc.). Doy permiso para que la información de esta solicitud y cualquier otra documentación que se ha enviado con esta solicitud sea compartida con la Trabajadora de Servicio Familiar, La Gerente de Servicio Familiar, el Personal del aula, La División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, u otros según sea necesario para verificar la exactitud y proporcionar los servicios apropiados para mi hijo(a). Entiendo que saber que proporciono información inexacta resultará en que esta solicitud sea rechazada.**

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo, como operador, acepto proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en el centro serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún fármaco o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre, guardián o custodio de tiempo completo del niño (a).

Firma del administrador/designado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Formulario de residencia estudiantil

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar para qué servicios calificará el niño(a) bajo la Ley McKinney-Vento.**

1. ¿Es el hogar del niño(a) temporal?  Sí  No
2. ¿Se trata de un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades financieras?  Sí  No
3. ¿Se trata de un arreglo de vivienda temporal debido a un incendio o desastre natural?  Sí  No
4. ¿Es este un arreglo de vida temporal debido a violencia doméstica?  Sí  No
5. ¿Este niño(a) vive en un automóvil, parque, edificio abandonado, estación de autobús o tren?  Yes  No
6. ¿Vive el niño(a) con alguien que no sea sus padres?  Sí  No
7. ¿Dónde vive actualmente el niño(a)? (Marque la casilla correspondiente)  
 En un motel, Vivienda de transición  En un refugio, casa de grupo  Con más de una familia en una casa o apartamento  
 Moviéndose de un lugar a otro  Otros arreglos de vivienda explique: \_\_\_\_\_

**I-CARE Inc. Head Start / Early Head Start tiene mi consentimiento para contactar a una tercera persona para verificar mi residencia si yo, como padre, siento que mi hijo(a) puede calificar para servicios bajo la Ley McKinney-Vento.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la familia: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Solo para uso de oficina

A su leal saber y entender, ¿Este niño(a) está clasificado como sin hogar de acuerdo con la Ley de McKinney-Vento?

Sí  No

Nombre del personal: \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Residencia estudiantil verificada a través de la entrevista de admisión  
 Residencia de estudiantes verificada a través del formulario y la tercera persona.