



Human Services



WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM



Head Start  
Telamon Corporation



## Instructions for Wake County Pre-Kindergarten Initial Application 2012-2013 *Instrucciones para la Aplicación Inicial Pre-Kinder del Condado de Wake 2012-2013*

*Please keep this page for your records. / Por favor guarde esta página para sus récords.*

- This application is for children who will be four-years-old by August 31, 2012. If your child is younger, please call a Telamon Head Start Enrollment Specialist at 919-747-7861. *Esta aplicación es para niños que hayan cumplido los cuatro años no más tardar del 31 de agosto del 2012. Si su niño es menor, por favor llame a el Especialista de matriculación de Telamon Head Start al siguiente número: 919-747-7861.*
- Please complete this application by **April 16, 2012**. Applications will be accepted throughout the year. Only applications received before April 16 will be considered for all programs. *Por favor, complete la aplicación no mas tardar del 16 de abril del 2012. Las solicitudes serán aceptadas durante todo el año. Sólo las aplicaciones recibidas antes del 16 de abril serán consideradas para todos los programas.*
  - Fully complete and provide documentation for the family income page. If not completed and documented for each family member, application will only be considered for Title I. Reviewer must calculate total annual gross income (before taxes are taken out) for family. *Llene completamente la aplicación y presente la documentación para la página de ingresos de la familia. Si no se ha completado y documentado para cada miembro de la familia, la aplicación sólo se tomara en cuenta para el Título I. El revisor debe calcular el total del ingreso bruto anual (antes de deducir impuestos) para la familia.*
- **Attach the following / Por favor incluya los siguientes:**
  - Birth Certificate (copy) – If mother’s copy is used for application, assigned program will request the family to obtain a certified copy. *Acta de nacimiento (copia) - si la copia de la madre se utiliza para la aplicación, el programa asignado le pedirá una copia del acta de nacimiento certificada.*
  - Wake County Residency – Copy of mortgage, letter from home owner (with copy of owner’s utility bill, water, electric, gas), lease contract or utility bill. *Residencia en el Condado de Wake- copia de hipoteca, carta del dueño de la casa donde vive (con copia de la factura de servicios públicos electricidad, gas, agua) que este a nombre del dueño), contrato de arriendo o factura de servicios públicos.*
- All sources of family income – Two (2) consecutive check stubs for each employed parent/guardian, child support, retirement, worker’s compensation, statement from supervisor, 2011 IRS 1040, unemployment/social security benefits letter or copies of all W-2s from 2011. **If “0” income is reported, please submit a signed and dated statement from family member and/or friend who can verify your family’s income. If income documentation is not provided, application will be considered for one program only, Title I.** *Todas las fuentes de ingresos de la familia – 2 talones de cheques consecutivos para cada padre, madre/guardián empleado/a, pensión para hijos menores, retiro, la compensación del trabajador, o declaración de supervisor, 2011 IRS 1040, carta de desempleo/beneficios del seguro social o copias de todos W-2s a partir del 2011. Si reporta “0” de ingresos, por favor presente una declaración firmada y datada por un miembro de la familia y/o amigo que puede verificar los ingresos de su familia. Si no provee la documentación de ingresos, la aplicación será considerada solamente para Título I.*
- Mail completed application to / **Enviar la aplicación completa a:**

Pre-K Application Center  
4901 Waters Edge Dr.  
Suite 101  
Raleigh, NC 27606

**Please note: Only completed application packages will be accepted. Review of applications may take up to 4 weeks. One postcard will be mailed (to address listed on application) to request additional documentation if needed. Applications will not be returned. Child’s application cannot be considered for screening and/or placement until complete. Atención: Solamente los paquetes completos de aplicaciones serán aceptadas. Las aplicaciones no serán devueltas. Una tarjeta postal**

***se le enviará por correo (a la dirección indicada en la aplicación) para solicitar documentación adicional si es necesario. La aplicación del niño/a no será considerada para proyección y/o asignación hasta que este completa. La revisión de aplicaciones puede tomar hasta 4 semanas.***

- ❖ For additional information, please call Pre-K Application Information Line at 919-851-9550. *Para más información, por favor llame a la Línea de Información de Aplicación de Pre-K al 919-851-9550.*
- ❖ If there are changes in phone numbers, address or e-addresses, please update application information by calling 919-851-9550 and ask for Pre-K Application staff. This is how the program will contact families – this information is essential. *Si hay cambios de números de teléfono, dirección o e-direcciones de su correo electrónico, por favor actualice la información de la aplicación llamando al 919.851.9550 y pida por el personal de Aplicación Pre-K. Este es el modo como los programas se ponen en contacto con familias – esta información es esencial.*
- ❖ Placement information will be available from Pre-K Application Staff after and only after August 11, 2012. *La información de asignación estará disponible del Personal de Aplicación Pre-K después y sólo después del 11 de agosto de 2012.*
- ❖ Additional documentation will be required before child attends school: Immunization records and current health assessment (within 1 year of program attendance) is required by all programs; Title I requires copy of certified birth certificate and Head Start requires TB test. *Documentación adicional será requerida antes de que el niño(a) asista a la escuela: La tarjeta de vacunación y la evaluación de salud actual (dentro de 1 año de asistencia del programa) es requerido por todos los programas, Título I requiere copia del certificado de nacimiento y Head Start requiere prueba de la tuberculosis.*



Human Services



WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM



Head Start Telamon Corporation



## Wake County Pre-Kindergarten Initial Application 2012-2013 Aplicación Inicial Pre-Kínder del Condado de Wake 2012-2013

Child's full name / *el nombre completo del niño(a)*: \_\_\_\_\_

Please check one / *por favor marque uno*:  boy/niño  girl/niña

Child's date of birth / *fecha de nacimiento del niño(a)*: month/mes \_\_\_\_\_ day/día \_\_\_\_\_ year/año \_\_\_\_\_

Demographics / *Demográficas*, Ethnicity / *etnia del niño(a)*:

Please mark **only one** / *marque solo uno*:

- Hispanic/Latino; *Hispano/Latino*
- Not Hispanic/Latino; *No Hispano/Latino*

Please mark **at least one** / *Por favor marque por lo menos uno*:

- White/European; *Blanco/Europeo*
- Native Hawaiian/Pacific Islander; *Nativo de Hawaii/Islas Pacificas*
- Native American/Alaskan; *Indio Americano/Nativo de Alaska*
- Black/African; *Negro/Africano*
- Asian; *Asiático*

Mother's/Stepmother's/Guardian's Name / *Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián*: \_\_\_\_\_

Relationship to child/*Relación al niño(a)*: \_\_\_\_\_

Father's/Stepfather's/Guardian's Name / *Nombre del Padre/Padrastro/Guardián* : \_\_\_\_\_

Relationship to child/ *Relación al niño(a)* \_\_\_\_\_

Child's Address (please include street address, city and zip code) / *Dirección familiar (por favor incluye calle, ciudad y código postal)*: \_\_\_\_\_

Is your family homeless (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)? *¿Está sin hogar su familia (temporalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares, en un hotel o en su auto)?*  yes/sí  no/no

NOTE: Please provide the following contact information. If information changes, please call to update. E-mail and phone information are used to contact families when assignments are made. It is important for families to check voice mail and e-mail regularly. *NOTA: Por favor proporcione la siguiente información de contacto. Si la información cambia, por favor llame para actualizar. El correo electrónico y la información telefónica son usados para ponerse en contacto con familias cuando las asignaciones son hechas. Es importante que las familias revisen los mensajes telefónicos y el correo electrónico con regularidad.*

Phone number / *Teléfono*: \_\_\_\_\_

Alternate phone number / *Número de teléfono alterno*: \_\_\_\_\_

E-mail address / *Correo electrónico*: \_\_\_\_\_

How will the family make sure the child gets to school? *¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela?*  
\_\_\_\_\_

Is the parent/guardian an active duty member of the military or was parent/legal guardian seriously injured or killed while on active duty? *¿Es uno de los padres o el guardián del niño(a) miembro activo del servicio militar o fue esta persona herida gravemente o perdió la vida mientras estaba activo en el servicio militar?*

yes/sí  no

Federal and North Carolina State policies require schools to determine the language(s) spoken at home by each student. Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. *Las políticas federales y estatales de North Carolina requiere que las escuelas determinen los idiomas que cada estudiante habla en el hogar. Agradecemos su cooperación para ayudarnos a cumplir este importante requisito legal.*

Please answer the following questions / *Por favor responda las siguientes preguntas:*

1. What language does your son/daughter most frequently use to communicate? *¿Qué idioma con más frecuencia utiliza su hijo para comunicarse?* \_\_\_\_\_
2. What language do you most frequently speak to your son/daughter? *¿Qué idioma con más frecuencia utiliza usted para hablar con su hijo?* \_\_\_\_\_
3. What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* \_\_\_\_\_

If the answer to any of the above questions is a language other than English, your child will be assessed using the Pre-K IPT (IDEA Proficiency Test) to determine English language proficiency. Based on the results, your child may be identified as Limited English Proficient (LEP) and may qualify for Pre-K English as Second Language (ESL) services. **All identified LEP students will be assessed annually with the state-mandated English language proficiency test.**

*Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es un idioma distinto del inglés, su hijo se puede ser evaluado con la evaluación del IPT de Pre-Kinder (IDEA Proficiency Test) para determinar el dominio del idioma inglés. Basándose en los resultados, su hijo puede ser identificado como un estudiante con Habilidad de Inglés Limitado (LEP) y puede que califique para servicios de Inglés como Segundo Idioma (ESL) de Pre-Kinder. **Todos los estudiantes identificados LEP serán evaluados anualmente con la prueba de aptitud en Inglés requerida por el estado.***

Does your child have an IEP (Individualized Education Program)? *¿Tiene su niño(a) un IEP (Programa de Educación Individualizado)?*

\_\_\_ yes/si – If yes, please include copy / Favor de incluir una copia o

If you would like to give Wake County Public School System permission to provide a copy of the IEP to the NC Pre-K partnering agencies, please check and sign below. *Si desea dar permiso a Wake County Public School System para proporcionar una copia del IEP para las agencias asociadas NC Pre-K, revise y firme abajo.*

I give permission for Wake County Public School System to provide a copy of the IEP to NC Pre-K partnering agencies (Wake County SmartStart and Telamon Head Start). *Le doy mi permiso a WCPSS para dar una copia del IEP a otras agencias asociadas de NC Pre-K.*

Signature/Firma: \_\_\_\_\_

**Does your child have a physical challenge or chronic illness (ex. asthma, diabetes, obesity, anemia, etc.)? *¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad física o una enfermedad crónica (ex. asma, diabetes, obesidad, anemia, enfermedad en la sangre, etc.)?***

\_\_\_ yes/sí - Please specify and provide documentation/*por favor, especifique:* \_\_\_\_\_

\_\_\_ no, don't know/*no, no sé*

**Has your child received a Brigance developmental screening or other educational evaluation? *¿Ha recibido su niño(a) prueba de desarrollo Brigance o otras evaluaciones educacionales?***

\_\_\_ yes/sí - Please specify and provide documentation/*por favor, especifique:* \_\_\_\_\_

\_\_\_ no, don't know/*no, no sé*

**Please initial each box / Por favor ponga sus iniciales en cada caja:**

|  |  |
|--|--|
|  | <p>I authorize partnering Pre-K agencies (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, Wake County Human Services and Telamon Head Start) to use the information in this application for the purpose of determining eligibility for state and federally funded Pre-K Programs, for data collection by the Office of Early Learning. <i>La información proporcionada será utilizada y determinará la elegibilidad para los programas Pre-K del Condado de Wake. Yo autorizo que la información suministrada acerca de mi niño(a) sea compartida con los siguientes programas: Wake County Human Services, Wake County Public School System, Telamon Head Start y Wake County SmartStart NC Pre-K para los propósitos del programa y la evaluación de niños(as), estos programas también pueden compartir y verificar cualquier información acerca de mi niña(o) incluyendo toda la información en esta aplicación.</i></p> |
|  | <p>I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, and Telamon Head Start). <i>Doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evaluación del desarrollo en las áreas de aprendizaje, audición, visión, dental y/o pruebas del habla y lenguaje y también para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los otros programas de Pre-K (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart and Telamon Head Start)</i></p>  |
|  | <p>I understand that if my child is selected for participation, family involvement is expected. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services. <i>Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado a participar, la participación de la familia será muy importante. Mi familia se compromete a participar y cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitud necesaria para servicios adicionales.</i></p>  |
|  | <p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be family's responsibility. <i>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</i><br/>         How will your child get to school? <i>¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela?</i><br/>         _____<br/>         _____</p>  |
|  | <p>I understand that If there is a change in my child's address, phone number or attendance in any type of licensed care, or if there is change in family income, it is my responsibility to notify the Pre-K Application Center and inform them of any changes. <i>Entiendo que si hay algún cambio de información de mi niño(a) me pondré en contacto de inmediato con el centro de Aplicación Pre-K y les informaré de cambios ocurridos.</i></p>   |
|  | <p>I understand that my child will need a current, updated health assessment before s/he attends a program. <i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico antes de asistir al programa.</i></p>   |
|  | <p>I understand that my child may be placed on a waiting list. <i>Entiendo que podría estar en lista de espera.</i></p>  |

How did you find out about this pre-k opportunity/application? *¿Como se enteró de esta oportunidad de pre-k/aplicación?*

- Friend/family member; *Amigo/miembro de la familia*
- School/Child Care Center; *Escuela/Centro de Cuidado Infantil*
- Case manager – please give name of agency / *Administrador de casos - por favor dé el nombre de agencia* \_\_\_\_\_
- Child Protective Services / *Servicios de Protección Infantil*
- Other – please share resource / *Otros - por favor, comparta el recurso* \_\_\_\_\_

Please mark and/or answer all that apply. *Por favor marque y/o conteste todo lo que se aplica.*

— My child **is attending** a program with Wake County Public School. *Mi niño/a asiste a un programa en Wake County Public Schools*

Name of program / *El nombre del programa:* \_\_\_\_\_

Hours attended per **week** / *Horas asistidas por semana:* \_\_\_\_\_

— My child **is attending** a program with Telamon Head Start. *Mi niño/a está asistiendo a un programa con Telamón Head Start.*

— My child **is attending** a child care program or family child care home. *Mi niño/a asiste a un programa de cuidado de menores o un hogar de cuidado infantil familiar.*

— Name of program / *Nombre del programa:* \_\_\_\_\_

Hours attended per **week** / *Horas asistidas por semana:* \_\_\_\_\_

They started attending this program in / *Ellos comenzaron a asistir a este programa en el*  
*month/mes:* \_\_\_\_\_ *year/año:* \_\_\_\_\_

— My child has a subsidy voucher. *Mi niño/a tiene un bono de subsidio* \_\_\_\_ *yes/sí* \_\_\_\_ *no/no*

— My child, **in the past, attended** a child care program or family child care home but is not attending now. Now my child stays with family members and/or a babysitter. *Mi niño/a, en el pasado, asistió a un programa de cuidado infantil o de hogares de cuidado infantil pero no asiste ahora. Ahora mi niño/a se queda con miembros de la familia y/o con una nana.*

They last attended a program in / *La última vez asistió a un programa fue:*

Month/Mes: \_\_\_\_\_ Year/Año: \_\_\_\_\_

— My child **has never attended** a child care program or family child care home. *Mi niño/a nunca ha asistido a un programa de cuidado infantil o cuidado de niños en el hogar.*

Please list all family members in the household. *Por favor anote cada miembro de su familia.*

| Name / <i>Nombre</i>        | Relationship to Child / <i>Relación al Niña(o)</i>          | Date of Birth / <i>Fecha de Nacimiento</i> | Please Check if Child Has Special Needs / <i>Por Favor Indique si Su Niño(a) Tiene Necesidades Especiales</i> |
|-----------------------------|---|--|---|
| Applicant/ <i>Aplicante</i> | Applicant/ <i>Aplicante</i>                                 | On Front/ <i>En Frente</i>                 |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             |   |  |   |
|                             | Total Number in Family / <i>Número Total en la Familia:</i> |  |   |

**Family Income**

**NOTE: Documentation of each applicable source of family's income is required.**

**Mother's/Stepmother's/Guardian's Name:** \_\_\_\_\_

**Please check all that apply: Employed?** \_\_\_\_ (If employed, please list average hours worked per week): \_\_\_\_\_

Seeking Employment: \_\_\_\_ Attending secondary education: \_\_\_\_ Attending high school: \_\_\_\_ Attending job training: \_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Current Wages BEFORE Taxes | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Alimony                    | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Child Support              | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Workers' Comp              | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Unemployment               | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| SSI/TANF/Work First        | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |

**Father's/Stepfather's/Guardian's Name:** \_\_\_\_\_

**Please check all that apply: Employed?** \_\_\_\_ (If employed, please list average hours worked per week): \_\_\_\_\_

Seeking Employment: \_\_\_\_ Attending secondary education: \_\_\_\_ Attending high school: \_\_\_\_ Attending job training: \_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Current Wages BEFORE Taxes | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Alimony                    | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Child Support              | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Workers' Comp              | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| Unemployment               | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |
| SSI/TANF/Work First        | \$ _____ This amount is <input type="checkbox"/> yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> bi-weekly <input type="checkbox"/> weekly |

My family receives food stamps: \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no

If "0" income is reported, please submit a signed and dated statement from family member and/or friend who can verify your family's income. **If there is no income documentation, application will be considered for one program only, Title I**

I certify that all information provided is true, correct and complete. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds. Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable state laws.

**Parent/Guardian Signature:\*** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Relationship to child:** \_\_\_\_\_ \* If guardian signs, please attach documentation of guardianship.

**For Office Use Only:**

|     |            |
|-----|------------|
| MAF | Head Start |
|-----|------------|

**Ingresos de la familia:**

**Nota: La documentación de cada fuente de ingresos de la familia es requerida.**

**Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda:

¿Empleada? \_\_\_\_ (Si es empleada, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_) Buscando Empleo: \_\_\_\_

Asistiendo a universidad o colegio: \_\_\_\_ Asistiendo a escuela superior/secundaria: \_\_\_\_ Entrenándose para un nuevo empleo: \_\_\_\_

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Sueldo bruto antes de impuestos   | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Manutención                       | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Mantenimiento del niño            | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Compensación del trabajador       | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Desempleo                         | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Seguro Social/SSI/TANF/Work First | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |

**Nombre del Padre/Padraastro/Guardián:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda:

¿Empleado? \_\_\_\_ (Si es empleado, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_) Buscando Empleo: \_\_\_\_

Asistiendo a universidad o colegio: \_\_\_\_ Asistiendo a escuela superior/secundaria: \_\_\_\_ Entrenándose para un nuevo empleo: \_\_\_\_

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Sueldo bruto antes de impuestos   | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Manutención                       | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Mantenimiento del niño            | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Compensación del trabajador       | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Desempleo                         | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |
| Seguro Social/SSI/TANF/Work First | \$ _____ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> semanal |

Mi familia recibe cupones de alimentos: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si reporta "0" de ingresos, por favor, presente una declaración con la fecha y firma por un miembro de la familia y/o amigo que pueda verificar los ingresos de su familia. **Si no provee la documentación de ingresos, la aplicación será considerada solamente para Título I.**

*Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información es dada para el recibo de fondos del programa. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra conforme a las leyes estatales de Carolina del Norte.*

**Firma de padre/guardián:\*** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación al niño(a):** \_\_\_\_\_ *\*Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.*

**For office use only:**

|            |                   |
|------------|-------------------|
| <b>MAF</b> | <b>Head Start</b> |
|------------|-------------------|