



**Instructions for Chatham County Pre-Kindergarten Initial Application 2016-2017**  
**Instrucciones para la Aplicación Inicial Pre-Kinder del Condado de Chatham 2016-2017**

*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, 2016. Assistance for younger children may be available from Head Start (919-742-5316) or the Child Care Section of the Department of Social Services (919-642-6972). *Esta solicitud es para niños que hayan cumplido los cuatro años hasta el 31 de agosto del 2016. Ayuda para niños menores de cuatro años puede ser solicitada en el programa Head Start (919-742-5316), o en la Oficina de Cuidado Infantil, del Departamento de Servicios Sociales (919-642-6972).*
- Applications are accepted beginning in January of each year. The initial application period for the year 2016-2017 is January 4, 2016 through May 2, 2016. Once eligibility has been determined, enrollment and assignment of children to sites will be based on first come first served basis within the group of children who have applied to each site. Applications from outside of Chatham County will be considered for enrollment up to 3% of the total slots. Additional applications from out of county will be reviewed by the advisory committee after July 1 based on slot availability. *Las solicitudes de inscripción comienzan a ser aceptadas cada año a partir del mes de enero. El periodo de inscripción inicial para el año 2016-2017 será entre el 2 de enero y el 1 de mayo, 2016. Una vez haya sido determinada su elegibilidad, la matrícula y asignación de cupos para los niños en las diferentes instalaciones donde funcione nuestro programa de Pre-K, se hará de acuerdo con el orden con el que se hayan inscrito las familias en cada una de dichas instalaciones. Las solicitudes que provengan de fuera del Condado de Chatham serán consideradas para inscripción hasta el 3% de los cupos totales. Solicitudes adicionales provenientes de fuera del condado serán revisadas por el comité asesor después del primero de julio en base a la disponibilidad de cupos. (Solicitudes de fuera del condado)*
- Fully complete and provide documentation for the family income page. The NC Pre-K coordinator 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. La coordinadora del programa NC Pre-K deberá 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) – *Acta de nacimiento (copia).*
- Verification of place of residency – Copy of mortgage, letter from home owner (with copy of owner’s utility bill, water, electric, gas), lease contract or utility bill. *Verificación de residencia - copia de hipoteca, carta del dueño de la casa donde vive (con copia de la factura de servicios públicos electricidad, gas, agua) que esté 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, 2015 IRS 1040, unemployment/social security benefits letter or copies of all W-2s from 2015. **If “0” income is reported, parents must submit a signed and dated statement verifying the family’s income.** *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, 2015 IRS 1040, carta de desempleo/beneficios del seguro social o copias de todos W-2s a partir del 2015. Si reporta “0” de ingresos, los padres deben presentar una declaración firmada y fechada verificando los ingresos de la familia.*

**Mail completed application to / Enviar la aplicación completa a:**

**Chatham County Partnership for Children**  
**200 Sanford Highway, Suite 4**  
**Pittsboro, NC 27312**

**Please note: Only completed application packages will be accepted. Review of applications may take up to 4 weeks.**

**Applications will not be returned. Your child’s application cannot be considered for placement until complete.**

**Atención: Solamente los paquetes completos de aplicaciones serán aceptados. Las aplicaciones no serán devueltas. La aplicación del niño/a no será considerada sino hasta que el paquete esté completo. La revisión de aplicaciones puede tomar hasta 4 semanas.**

For additional information, please call the NC Pre-K Coordinator at 919-542-7449 ext. 31.

Para más información, a la coordinadora del programa NC Pre-K, al teléfono: 919-542-7449 ext. 31.

If there are changes in phone numbers, address or e-addresses, please update application information by calling 919-542-7449 ext 31. This is how the program will contact families – this information is essential.

*De haber cambios en sus números de teléfono, dirección física o dirección de su correo electrónico, por favor manténganos informados llamando al 919-542-7449 ext 31. Su teléfono, o su correo electrónico son los medios a través de los cuales nuestros programas se ponen en contacto con todas las familias– esta información es esencial para que usted obtenga el servicio que aquí está buscando.*

Placement information will be available only when the NC General Assembly and DCDEE have approved the funding. *La información de asignación de cupos será dada a conocer públicamente solo después que la Asamblea General de NC y la DCDEE hayan aprobado los fondos.*

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. *La siguiente documentación adicional va a ser requerida para que el niño/a puedan asistir al programa de Pre-K: La tarjeta de vacunas, y un examen médico vigente (examen hecho 1 año antes de haber sido aceptado en el programa de pre-kínder.) Estos documentos son exigidos para todos los programas. Título I requiere además una copia autenticada del certificado de nacimiento del menor; el programa Head Start exige además el examen de tuberculosis.*

**Documentation required before application is accepted, PLEASE ATTACH**

**Documentación requerida antes de que la aplicación sea aceptada, POR FAVOR INCLUYA LO SIGUIENTE**

\_\_\_\_ Birth Certificate/*Acta de Nacimiento*

\_\_\_\_ Proof of Residency – for example, mortgage, lease contract or utility bill

*Prueba domiciliaria -(ejemplo-hipoteca, contrato de alquiler o factura de la electricidad, gas, agua en su nombre, si vive con otra persona carta notariada y firmada por la persona con quien vive)*

\_\_\_\_ Proof of Income – for example, two check stubs, or statement from supervisor or case worker

*Prueba de Ingresos –dos talonarios de cheques, carta formal firmada por el patrón o supervisor, declaración de la trabajadora social*

**Documentation Required before Attendance**

**Documentación requerida antes de asistir a la escuela**

\_\_\_\_ Immunization Records/ *Tarjeta de Vacunación*

\_\_\_\_ TB Test/ *Prueba de TB*

\_\_\_\_ Certified Birth Certificate (required for Title I)/

*Acta de Nacimiento Certificada (requerido para Título Uno/WCPSS)*

\_\_\_\_ Health Assessment/ *Exámen médico (Físico)*

**Chatham NC Pre-Kindergarten Application 2016-2017**  
***Aplicación NC Pre-Kínder del Condado de Chatham 2016-2017***

Child's full name / *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 / Información Demográfica, Ethnicity / Grupo étnico 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/Stepmother/Guardian / Madre/Madrasta/Guardián**

Name / *Nombre*: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**Father/Stepfather/Guardian / Padre/Padrastro/Guardián**

Name / *Nombre*: \_\_\_\_\_

Address (if different): \_\_\_\_\_

**Child's Address / Dirección familiar**

(please include street address, city and zip code) (*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. Please call us to update your child's record if your information changes. E-mail and phone information are used to contact families when assignments are made or later in the year if on the waiting list and an opening becomes available. 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 / *Número de teléfono alternativo*: \_\_\_\_\_

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/no**

---

**Does your child have an IEP (Individualized Education Program)?** *¿Participa su niño(a) en un IEP (Programa de Educación Individualizado)?*  **yes/sí**  **no/no**

If yes, please include copy / *Favor de incluir una copia*

**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 y documente:*

---

**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 u otras evaluaciones educacionales?*

**yes/sí** - Please specify and provide documentation/*por favor, especifique, y documente:*

---

**no, don't know/no, no sé**

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/hija 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/hija?* \_\_\_\_\_
3. What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? *¿Qué idioma aprendió su hijo/hija cuando empezó a hablar?* \_\_\_\_\_



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

|       |  |
|-------|--|
| _____ | <p>I authorize the release of the information in this application to all partnering agencies with Chatham NC Pre-K including Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children, Telamon Head Start, private NCPK sites, and the Department of Social Services to use the information in this application to determine eligibility for state and federally funded Pre-K Programs.</p> <p><i>Autorizo la entrega de la información contenida en esta solicitud a todas las agencias asociadas con el Pre-K del Condado de Chatham incluyendo a: Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children y a las cedes privadas de NCPK de Telamón Head Start y al Departamento de Servicios Sociales, para que la utilicen con el fin de determinar la elegibilidad de mis hijos para los programas de Pre-K patrocinados por el estado y por el gobierno federal.</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 Chatham County Public Schools, Chatham County Smart Start, 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 (Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children y Telamón 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 los programas presentando la documentación y solicitudes necesarias para obtener servicios adicionales.</i></p>  |
| _____ | <p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be the family's responsibility. <i>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es responsabilidad de la familia.</i><br/>         How will your child get to school? <i>¿Cómo va usted a transportar a su niño(a) a la escuela?</i><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, it is my responsibility to notify the NC Pre-K Coordinator and inform her of any changes. <i>Entiendo que si hay algún cambio en la información de mi niño(a) como dirección, teléfono, o que si mi niño/a va a asistir a cualquiera otro tipo de guardería autorizada, tengo la responsabilidad de notificar al Coordinador de NC Pre-K para informarle de todos los cambios ocurridos.</i></p>   |
| _____ | <p>I understand that my child will need a current, updated health assessment before he/she attends a program. <i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico antes de comenzar en el programa.</i></p>   |
| _____ | <p>I understand that my child may be placed on a waiting list. <i>Entiendo que mi hijo/hija podría ser puesto/a en una lista de espera.</i></p>  |

How did you find out about this pre-k opportunity? *¿Cómo se enteró de esta oportunidad de pre-k?*

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

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

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

My child has never been served in any preschool or child care setting. *Mi niño/a nunca ha sido atendido en ninguna instalación de preescolar o de cuidado infantil.*

My child is currently unserved (at home now but may previously have been in child care or some other preschool program). *Mi niño actualmente no está siendo atendido (se encuentra en casa ahora pero pudo haber sido atendido previamente en una instalación de cuidado infantil u otro programa de preescolar)*

My child is in unregulated child care. *Mi niño/a está en una instalación de cuidado infantil no-regulada.*

My child is in a one or two-star facility. *Mi niño/a está en una instalación de una o dos estrellas.*

My child is not receiving subsidy but is in some kind of regulated child care or preschool program. *Mi niño/a no está recibiendo subsidio pero está en algún tipo de programa regulado de atención infantil o de preescolar.*

My child is receiving subsidy and is in some kind of regulated child care or preschool program. *Mi niño/a está recibiendo subsidio y está en algún tipo de programa regulado de atención infantil o de preescolar.*

**Please list all family members in the household, starting with the child who is applying.** *Por favor anote todos los miembros de su hogar, comenzando con el niño interesado.*

| Name / Nombre  | Relationship to Child / Relación al Niño(a) | Date of Birth / Fecha de Nacimiento | Please Check if Child Has Special Needs / Por Favor Indique si Su Niño(a) Tiene Necesidades Especiales |
|--|---|-------------------------------------|--|
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |
| Total Number in Family / Número Total en la Familia: |   |                                     |  |

**Program Preference / Preferencia de Programa** Please indicate the programs you would like for your child to be considered. *Por favor seleccione los programas en los que le gustaría inscribir a su niño*

- Chatham County Public Schools:  Bennett,  Moncure,  N. Chatham,  Perry Harrison,
- Siler City Elementary,  Silk Hope,  Virginia Cross
- Telamon Corporation Head Start-Siler City
- Robyn’s Nest Creative Learning Center, Pittsboro
- Chatham Child Development Center, Siler City
- Children First Learning Center, Siler City

## 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:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Current Wages BEFORE Taxes</b> | \$ _____ 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:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Current Wages BEFORE Taxes</b> | \$ _____ 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 the parents/guardians verifying the income of the family.

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.

## Ingresos de la familia

**Nota: Es obligatorio presentar la documentación necesaria para cada una de las fuentes de ingresos.**

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

**Por favor, marque lo que corresponda:** ¿Empleado? \_\_\_\_\_ (Si se encuentra empleado, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_ ) Buscando Empleo: \_\_\_\_\_ Asistiendo a universidad o coeducación superior: \_\_\_\_\_  
Asistiendo a escuela preparatoria: \_\_\_\_\_ Entrenándose para un nuevo empleo: \_\_\_\_\_

|                                     |    |  |
|-------------------------------------|----|--|
| Salario 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 |
| Pensión alimentaria                 | \$ | 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 laboral                | \$ | 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/Padrastro/Acudiente:** \_\_\_\_\_

**Por favor, marque lo que corresponda:** ¿Empleado? \_\_\_\_\_ (Si se encuentra empleado, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_ ) Buscando Empleo: \_\_\_\_\_ Asistiendo a universidad o coeducación superior: \_\_\_\_\_  
Asistiendo a escuela preparatoria: \_\_\_\_\_ Entrenándose para un nuevo empleo: \_\_\_\_\_

|                                     |    |  |
|-------------------------------------|----|--|
| Salario 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 |
| Pensión alimentaria                 | \$ | 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 laboral                | \$ | 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 alimentarios: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si reporta "0" (cero) ingresos, por favor presente una declaración fechada y firmada verificando los ingresos de su familia. Con mi firma certifico que toda la información es verdadera y correcta, y que todos los ingresos familiares han sido reportados. Entiendo que esta información es proporcionada para el recibo de fondos del programa en el cual estoy interesado/a. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra, y conforme a las leyes estatales correspondientes.

**Firma de padre/acudiente: \*** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el niño(a):** \_\_\_\_\_

\*Si el acudiente firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.