



## Application Form/Forma de Aplicación 2022-2023

Date Received: _____
Class Assigned: _____
Tuition Amount: _____
Registration Fee: _____

### Child's Information/Información del/la niño(a)

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: *m*\_\_\_\_ *f*\_\_\_\_  
*name/ nombre last name/ apellido preferred name/ nombre preferido*

Date and place of birth/Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*mm/ dd/ year - mes/ día/ año place/ lugar*

Health Insurance/Seguro Médico: *private/privado* \_\_\_\_\_ *Medicaid*\_\_\_\_ *none/ninguno*\_\_\_\_

Race/Raza: *Caucasian/Caucásico*\_\_\_\_ *Afro-American/Afro-Americano*\_\_\_\_ *Asian/Asiático*\_\_\_\_ *Hispanic/Hispano*\_\_\_\_ *Other/Otro*\_\_\_\_

Does the child have any allergies?/Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

Language spoken at home/Idioma que se habla en casa: *English/Inglés* \_\_\_\_ *Spanish/Español*\_\_\_\_ *Other/Otro*\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal*

### Parent's Information/Información de los Padres

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail/Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*name/ nombre last name/ apellido*

Date and place of birth/Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*mm/ dd/ year - mes/ día/ año place/ lugar*

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*if different/ si es diferente number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal*

Phone Numbers/Números de telefono: *home/casa* \_\_\_\_\_ *cell/cellular* \_\_\_\_\_

Employed/Empleado: *yes/sí*\_\_\_\_ *no*\_\_\_\_ Employer/Empleador: \_\_\_\_\_

### Parent's Information/Información de los Padres

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail/Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*name/ nombre last name/ apellido*

Date and place of birth/Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*mm/ dd/ year - mes/ día/ año place/ lugar*

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*if different/ si es diferente number/número street/calle apt.no./núm. apt. city/ciudad state/estado zip/código postal*

Phone Numbers/Números de telefono: *home/casa* \_\_\_\_\_ *cell/cellular* \_\_\_\_\_

Employed/Empleado: *yes/sí*\_\_\_\_ *no*\_\_\_\_ Employer/Empleador: \_\_\_\_\_



### Other Family Information/Información Adicional de la Familia

Number of other children in family living at home/Número de otros hijos en la familia que viven en la casa: \_\_\_\_\_

Names and ages of brothers/Nombre y edades de hermanos \_\_\_\_\_

Names and ages of sisters/Nombre y edades de hermanas \_\_\_\_\_

Number of children at home other than siblings/Número de niños(as) en casa que no sean los hermanos: \_\_\_\_\_

Number of adults at home other than parents/Número de adultos en casa que no sean los padres: \_\_\_\_\_

### Child Care Information/Información del Centro de Cuidado Diario

Is child currently enrolled in another child care center?/¿Está su niño(a) actualmente en otro centro de cuidado? *yes/sí* \_\_\_ *no* \_\_\_

### Family Housing/Casa de la Familia

Check the number of addresses the child has had in the past 12 months/Marque el número de direcciones que el niño(a) ha tenido en los pasados 12 meses: 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 or more/o más \_\_\_

### Concerns-Challenges/Cambios Concernientes

Check if any of the following relate to this child/Marque las opciones que tengan relación con el niño(a):

\_\_\_ Child has an active Individual Education Plan (IEP)/El niño(a) está en un plan individual de educación.

\_\_\_ Child has an active Family Support Plan (IFSP)/El niño(a) está en un plan de apoyo familiar individual

\_\_\_ Child has been referred for evaluation/El niño(a) ha sido remitido para evaluación

\_\_\_ Child has behavior/emotional challenges/El niño(a) tiene cambios de comportamiento y/o emocionales

\_\_\_ Child is medically fragile/El niño(a) tiene una condición médica delicada

\_\_\_ Child has developmental delays (language, motor, or cognitive)/El niño(a) tiene retraso en el desarrollo (lenguaje, motor, o cognoscitivo)

\_\_\_ Child has chronic health problems (asthma, diabetes, arthritis)/El niño(a) tiene problemas crónicos de salud (asma, diabetes, artritis)

\_\_\_ No concerns at this time/No presenta problemas en este momento

Explain/Explique: \_\_\_\_\_



### Tuition/ Costo de la Educación

La Escuelita Weekday School offers a range of tuitions based on each family’s ability to pay. The number below is the *base* tuition. If you would like to see if you qualify for tuition assistance, please fill out the attached Tuition Assistance Form./ La Escuelita Weekday School, ofrece una variedad de montos para cubrir los costos educativos, basados en la posibilidad que tenga cada familia para hacerlo. Los números que se encuentran abajo corresponden al pago *básico*. Si a usted le gustaría saber si califica para un ajuste del monto del pago educativo, por favor, llene el Formulario de Ajuste de Pago Educativo que se encuentra anexo.

Payments are due to the office by the first of each month./ Los pagos deberán ser hechos a la oficina para el día 1 de cada mes.

A \$100 fee to reserve your child’s spot will be due at the time your child is accepted to La Escuelita Weekday School. This fee is non-refundable./ Un monto de \$100 por concepto de reserva de espacio o cupo para su hijo, deberá ser pagado en el momento en que su hijo sea aceptado en La Escuelita Weekday School. Este monto no es reembolsable.

Class/ Niveles	Days/ Días	Tuition/ Costo Educativo
Child/Niño (3s & 4s)	5 days/días: M-F/L-V	\$450
Toddler/Niñitos (1s or 2s)	5 days/días: M-F/L-V	\$450
Toddler/Niñitos (1s or 2s)	3 days/días: MWF/LMiV	\$337
Toddler/Niñitos (1s or 2s)	2 days/días: TTh/MJ	\$280

**1 and 2s only:** Days requested/ Días solicitado:\_\_\_\_\_

**3s and 4s only:** Morning/Clase de mañana (8:30 a.m. – 12:00 p.m.):\_\_\_\_\_

OR Afternoon/en la tarde (12:30 p.m. – 4:00 p.m.):\_\_\_\_\_

*Admission to the 2s, 3s, and 4s classes is age-determined by the CMS cut off date of August 31<sup>st</sup>.*

*La Admisión a los niveles 2, 3 y 4 (Niñitos) está determinada por la edad que tenga su hijo, por el corte de la CMS con fecha 31 de Agosto.*

Active members of Holy Comforter Church will receive a 10% discount.

Los Miembros Activos de la Iglesia Holy Comforter recibirán un 10% de descuento.

#### How did you hear about us?/¿Cómo usted supo de nosotros?

\_\_\_ *personal referral; if so, who?/ referencia personal; si es así, ¿quién?* \_\_\_\_\_

\_\_\_ *newspaper/periódico* \_\_\_ *radio* \_\_\_ *other/otro:* \_\_\_\_\_

#### Required Documents for Registration/Requisitos para la Inscripción

- Vaccination Record/Cartilla de Registro de Vacunación
- Medical Report/Reporte Medico del niño(a)
- Medical Insurance Card/Tarjeta de Medicaid del niño(a) o Tarjeta del Seguro de salud del niño(a)



## Tuition Assistance Application / Aplicación de Asistencia para la Matricula

### Child's Information/Información del niño(a)

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: *m* \_\_\_ *f* \_\_\_  
*name/nombre last name/apellido preferred name/nombre preferido*

Kind of residence/Tipo de residencia: *house/casa* \_\_\_ *apartment/apartamento* \_\_\_ *rent/renta* \_\_\_ *owner/dueño* \_\_\_

Monthly payment (rent or mortgage)/pago mensual (renta o hipoteca): \$ \_\_\_\_\_

Kind of car/Tipo de carro: #1 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
*Brand & model/Marca y modelo year/año monthly payment/pago mensual*

#2 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
*Brand & model/Marca y modelo year/año monthly payment/pago mensual*

### Mother's Information/Información de la Mamá

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
*name/nombre last name/apellido*

Last level of education/Ultimo año educativo (Ej: primaria, secundaria, etc.): \_\_\_\_\_

Employed?/¿Trabaja? *yes/sí* \_\_\_ *no* \_\_\_ Work Phone/Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Current Employment/Tipo de empleo: *fulltime/tiempo completo* \_\_\_ *part time/medio tiempo* \_\_\_ *unemployed/desempleado* \_\_\_  
*medical leave/ausencia por enfermedad* \_\_\_ *disability/incapacidad* \_\_\_ *other/otro* \_\_\_

Monthly Salary/Salario Mensual: \$ \_\_\_\_\_

Has been employed at current job/tiempo que ha estado empleado en el trabajo que tiene actualmente:

*less than 1 year/menos de 1 año* \_\_\_ *more than 1 year/más de 1 año* \_\_\_

### Father's Information/Información del Papá

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
*name/nombre last name/apellido*

Last level of education/Ultimo año educativo (Ej: primaria, secundaria, etc.): \_\_\_\_\_

Employed?/¿Trabaja? *yes/sí* \_\_\_ *no* \_\_\_ Work Phone/Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Current Employment/Tipo de empleo: *fulltime/tiempo completo* \_\_\_ *part time/medio tiempo* \_\_\_ *unemployed/desempleado* \_\_\_  
*medical leave/ausencia por enfermedad* \_\_\_ *disability/incapacidad* \_\_\_ *other/otro* \_\_\_

Monthly Salary/Salario Mensual: \$ \_\_\_\_\_

Has been employed at current job/tiempo que ha estado empleado en el trabajo que tiene actualmente:

*less than 1 year/menos de 1 año* \_\_\_ *more than 1 year/más de 1 año* \_\_\_



## Monthly Financial Information/Información Financiera Mensual

Does your family have any significant monthly expenses that we should be made aware of? Please explain/ Tiene su familia algunos gastos mensuales de importancia que nosotros deberíamos conocer? De tenerlos, por favor, explique cuáles son: \_\_\_\_\_

---

### Additional Documents Required for Tuition Assistance Requests/ Documentos Adicionales Requeridos para la Asistencia en el Pago de los Estudios

- 1040, 1040A, or 1040ez. If you are unable to provide a tax return statement, please provide /Si usted no puede proporcionar una declaración de impuestos, por favor proporcione:
  - Pay stubs from employer/Comprobantes de pago de su empleador  
If you are paid biweekly, please provide two pay stubs. If you are paid monthly, please bring the last pay stub. If you are paid in cash, you should provide a letter from your employer stating the number of hours you work each week and your hourly wage.  
Si el pago es quincenal, por favor traiga los dos últimos comprobantes de pago. Si el pago es mensual, por favor traiga el último comprobante de pago. Si los pagos son en efectivo por favor traiga una carta de su empleador en cual mencione cuántas horas trabaja usted a la semana y cuántos dólares le pagan por hora.
- Document confirming home address/Un documento que confirme la dirección  
Power bill, water bill, etc./Factura de servicio de electricidad, agua, etc.



## Children's Medical Report

***This side to be completed by parent./Información diligenciada por los padres.***

Name of Child/Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Birthdate/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian/Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Address of Parent or Guardian/Dirección del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

### **A. Medical History/Historia Médica**

1. Is child allergic to anything?/¿El niño(a) tiene alergias? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, what?/¿Cuál?* \_\_\_\_\_

2. Is child currently under a doctor's care?/¿Está su niño(a) bajo cuidado médico? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, for what reason?/ Si lo está, ¿por qué razón?* \_\_\_\_\_

3. Is the child on any continuous medication?/¿Está su niño(a) tomando medicamentos? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, what?/ Si está tomando medicamentos, ¿Qué medicamentos?* \_\_\_\_\_

4. Any previous hospitalizations or operations?/¿El niño(a) ha estado hospitalizado o ha tenido alguna operación? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, when and for what?/ Si marco "Sí", ¿Cuándo y por qué?* \_\_\_\_\_

5. Any history of significant previous diseases or current illnesses?/¿El niño(a) ha tenido o tiene actualmente alguna enfermedad complicada? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *diabetes* \_\_\_\_\_ *convulsions/convulsiones* \_\_\_\_\_ *heart trouble/enfermedades del corazón* \_\_\_\_\_

*If others, what/when?/ Si tiene o ha tenido otras enfermedades, ¿Cuál/ cuáles y cuándo?* \_\_\_\_\_

6. Does the child have any physical disabilities?/¿El niño(a) tiene alguna incapacidad física? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, please describe/ Si tiene alguna incapacidad física, por favor describa:* \_\_\_\_\_

7. Does the child have any mental disabilities?/¿El niño(a) tiene alguna incapacidad mental? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, please describe/ Si tiene alguna incapacidad mental, por favor describa:* \_\_\_\_\_

### **B. Development Evaluation/Evaluación de Desarrollo**

1. Has your child ever been evaluated for a possible development problem?/¿Su niño(a) ha sido evaluado/a por problemas en el desarrollo? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_ *If yes, by what institution?/ ¿Si es así, ¿Cuál institución lo evaluó?* \_\_\_\_\_

3. Is your child currently receiving any kind of therapy?/¿Su niño(a) está recibiendo algún tipo de terapia en este momento? *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_

4. Do you feel your child needs an evaluation in any of these areas?/¿Su niño(a) necesita ser evaluado/a por problemas de?:

Language/Lenguaje *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_      Hearing/Audición *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_      Vision/Visión *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_

Motor Skills/Destrezas Motoras *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_      Education/Educativos *yes/sí* \_\_\_\_\_ *no* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Date/Fecha*



## Children's Medical Report

*This side to be completed by physician./Información diligenciada por el doctor.*

**C. Physical Examination** This examination must be completed and signed by a licensed physician, his authorized agent currently approved by the N.C. Board of Medical Examiners (or a comparable board from bordering states), a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting DEHNR standards for EPSDT program.

Head\_\_\_\_\_ Eyes\_\_\_\_\_ Ears\_\_\_\_\_ Nose\_\_\_\_\_ Teeth\_\_\_\_\_

Throat\_\_\_\_\_ Neck\_\_\_\_\_ Heart\_\_\_\_\_ Chest\_\_\_\_\_ GU\_\_\_\_\_

Ext\_\_\_\_\_ Neurological System\_\_\_\_\_ Skin\_\_\_\_\_

Results of Tuberculin Test, if given: Type\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_ Normal\_\_\_\_\_ Abnormal\_\_\_\_\_

Should activities be limited? Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ If yes, explain\_\_\_\_\_

Any other recommendations?\_\_\_\_\_

**Signature of authorized examiner/Title**\_\_\_\_\_

Date of Examination\_\_\_\_\_ Phone #\_\_\_\_\_

Office Address (may use stamp)

*Medical office may substitute their copy of child's immunization record.*

**Immunization History:** The health official must enter the date immunization was received in the space below or attach a copy of the immunization record. G.S. 130A-155(b) requires all child care facilities to have this information on file.

Vaccine	#1	#2	#3	#4	#5
*DPT/DT					
*Polio					
*Hib					
*MMR (combined)					
HepB					
**Varicella					
Prevnar					

\*Required by State Law

\*\*Required for children born on or after 4/1/2001



## Emergency Contact Form/Forma de Contactos para Emergencias

Child's Name/Nombre del/la Niño(a): \_\_\_\_\_

Emergency Contacts/Contactos de Emergencia (to whom child may be released if guardian is unavailable/persona a la cual se puede contactar en caso de los Mores legates no estén disponible):

1. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Telephone No./Num. de Tel: *home*: \_\_\_\_\_ *cell*: \_\_\_\_\_

2. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Telephone No./Num. de Tel: *home*: \_\_\_\_\_ *cell*: \_\_\_\_\_

Child's Usual Source of Medical Care/Proveedor Usual del Cuidado Medico del/la Niño(a) (doctor, clinica, etc.):

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

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Telephone No./Num. de Tel: \_\_\_\_\_

Child's Health Insurance/Seguro Medico

Name of Insurance Plan/Nombre del Seguro Medico: \_\_\_\_\_

ID#/Num de Identificación: \_\_\_\_\_

Subscriber's Name (on insurance card)/Nombre del Asegurado (que esta en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Special Conditions, Disabilities, Allergies, or Medical Information for Emergency Situations  
Condiciones Especiales, Impedimentos, Alergias o Información Medica para Situaciones de Emergencias:

\_\_\_\_\_





Parent/Guardian Consent Agreement for Emergencies  
Consentimiento y Acuerdo para Casos de Emergencias por los Padres o Tutores Legales

As parent/guardian, I give consent to have my child receive first aid by facility staff, and, if necessary, be transported to receive emergency care. I understand that I will be responsible for all charges not covered by insurance. I give consent for the emergency contact person listed above to act on my behalf until I am available. I agree to review and update this information whenever a change occurs and at least every 12 months.

Como padre o tutor legal, doy mi consentimiento para que mi ni ño/a reciba los primeros auxilios por el personal del Preescolar y si es necesario, ser transportado para recibir cuidado de emergencia. Comprendo que soy responsable de todo costo que no sea cubierto por el seguro medico. Doy el consentimiento para que las personas que aparecen como contactos en caso de emergencia, actúen hasta que yo este disponible. Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información en cualquier momento que haya cambios y al menos cada 12 meses.

---

*Parent/Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor Legal*

---

*Date/Fecha*

---

*Parent/Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor Legal*

---

*Date/Fecha*



## Pick Up Authorization Form/Formato de Autorizacion Para Recoger al Niño(a)

List the names and phone numbers of people authorized to pick up your child. **Please note:** your child will not be released to anybody who is not on this list.

Escriba los nombres y números de teléfono de las personas autorizadas para recoger al/la niño/a. **Nota importante:** Su niño/a no sera entregado a ninguna persona que no este en esta lista.

Name of Child/Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

People authorized to pick up your child/Personas autorizadas para recoger a su niño(a):

1. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

3. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Date/Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Staff Member Signature/Firma del personal oficial de  
La Escuelita Weekday School at Holy Comforter*

\_\_\_\_\_  
*Date/Fecha*

**Photo and Video Release Authorization Form/  
Formato de Autorizacion Para la Publicacion de Fotos y Videos**

I do hereby grant to La Escuelita Weekday School the unlimited right to use and/or reproduce photographs\*, likenesses, or the voice of my child in any legal manner and for the internal and external promotional and informational activities of La Escuelita Weekday School. I also agree to allow my child's work and/or photograph\* to be published. I further understand that by signing this Photo and Video Release Authorization Form, I waive any and all present, or future compensation rights to the use of the above stated material(s).

Yo autorizo a La Escuelita Weekday School para que ilimitadamente utilice y/o reproduzca fotografías\*, productos similares o la voz de mi niño(a), en cualquier forma legal y para las actividades promocionales e informativas de La Escuelita Weekday School ya sean internas o externas. También estoy de acuerdo con permitir que el trabajo de mi niño(a) y su fotografía\* sean publicados. Yo entiendo muy bien que al firmar este Formato de autorización para publicar fotos y videos, yo renuncio a cualquier tipo de derecho de compensación por el uso de los materiales antes mencionados.

Child's Name/Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name/Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

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

Parent/Guardian Address/Dirección del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staff Member Signature/Firma del personal official de La Escuelita Weekday School:

\_\_\_\_\_

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

\*Photograph in this Photo and Video Release Authorization Form is intended to only refer to photos of your child alone.