

## EL PROGRAMA DE PRE-KÍNDER DE CAROLINA DEL NORTE

### PADRES - LEAN Y GUARDEN ESTA INFORMACIÓN

El Programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte (también conocido como NC Pre-K) es administrado por el *Partnership for Children* de la Región A. Este programa les brinda a las familias elegibles el acceso a servicios de Pre-Kínder de alta calidad y a tiempo completo en muchas escuelas primarias, en programas Head Start y en centros privados de cuidado de niños ubicados en los siete condados del oeste de Carolina del Norte y dentro de la frontera Qualla. Las aulas de NC Pre-K están en funcionamiento como mínimo seis horas y media al día, durante diez meses. Los centros que califiquen deben ser aprobados, deben tener una licencia de cuidado de niños con calificación de cuatro o cinco estrellas de Carolina del Norte, y deben emplear a maestros Líderes de Pre-Kínder con un título de cuatro años.

#### *¿Quién es elegible para NC Pre-K?*

Un niño es elegible por edad si ha cumplido cuatro años el 31 de agosto del año del programa o antes, pero aún no ha cumplido los cinco años. Una familia es elegible si cumple con las pautas de ingresos establecidas. Una familia puede estar por encima de las pautas de ingresos establecidas y aún ser elegible para recibir la ayuda de NC Pre-K si cumplen con otros criterios de elegibilidad: la familia carece de un hogar, habla principalmente un idioma que no es el inglés en el hogar, o es una familia militar elegible; o el niño/a exhibe una necesidad educativa especial, sigue un plan de educación individualizado o padece de una enfermedad crónica. Es posible que se requiera documentación adicional para verificar tales circunstancias. Todas las familias que inscriben a un niño en un aula de NC Pre-K deben completar y enviar un paquete de solicitud completo.

#### AL COMPLETAR ESTA SOLICITUD,

**INCLUYA SÓLO PADRES/MADRES, PADRASTROS/MADRASTAS, CUSTODIOS Y TUTORES QUE VIVAN EN EL MISMO HOGAR QUE EL NIÑO DE PRE-KÍNDER**

#### *¿Cómo solicito la inscripción en NC Pre-K?*

- Obtenga los materiales de solicitud para niños de NC Pre-K en el centro donde desea inscribir a su hijo.
- Complete, firme y feche la *Solicitud para Niños* adjunta. **Debe responder a todas las preguntas.**
- Incluya los siguientes documentos **con** la solicitud de su hijo para NC Pre-K:
  - Una copia del acta de nacimiento o del registro de vacunación
  - Los ingresos actuales de los padres, madres, padrastros, madrastras, custodios y tutores **que vivan en el hogar** que el

#### *¿Qué tipo de comprobantes de ingresos son aceptables?*

Envíe lo siguiente por **cada padre, madre, padrastro, madrastra, custodio y tutor que viva en el mismo hogar que el niño de Pre-Kínder.** **NO enumere ni incluya a los padres que no vivan en el mismo hogar que el niño de Pre-Kínder. NO incluya los ingresos de los padres que no vivan en el mismo hogar que el niño de Pre-Kínder.**

- 1) Las dos primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta de 2021 (1040); ○ formularios W2 para 2021; ○ un mínimo de talones de cheques de pago consecutivos recientes de un mes que incluyan el nombre del beneficiario, el período de pago, y los salarios brutos y netos, incluidas las horas extraordinarias; ○ una declaración firmada y fechada del empleador de la persona en papel con membrete comercial que indique la frecuencia del pago y los salarios brutos, incluidas las horas extraordinarias.
- 2) Para las personas que trabajan por cuenta propia, entregue el *Anexo C* junto con las dos primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta de 2021 (1040). Si no dispone de una declaración de impuestos sobre la renta, comuníquese con el Coordinador de NC Pre-K a través del correo electrónico [ncprek@rapc.org](mailto:ncprek@rapc.org) para obtener ayuda al respecto.
- 3) Documentación de los ingresos del juego per cápita/juegos de los casinos indígenas a partir del 2021: talones de cheques ○ formulario de impuestos 1099 misceláneo con el nombre del destinatario; ○ las primeras 2 páginas de la declaración de impuestos sobre la renta de 2021 (1040);
- 4) Documentación de los pagos de manutención infantil para todos los niños menores en el hogar;
- 5) Carta de concesión de pensión alimenticia (adjunte una copia de la orden judicial) ○ las 2 primeras

## Solicitud para niños del programa NC Pre-K para el curso 2022-2023

**Nombre impreso de la persona que completa esta solicitud:** \_\_\_\_\_

**Marque la casilla que indica su relación con el niño o la niña:**

Padre o madre del niño     Padrastro o madrastra del niño     Otro miembro de la familia  (relación con el niño) \_\_\_\_\_

Custodio legal del niño     Tutor legal del niño     Trabajador social del Departamento de Servicios Sociales   
(condado)

**Si usted es el custodio/tutor legal del niño (que no sea el padre, la madre o el padrastro, madrastra del niño) adjunte los documentos judiciales o la autorización más recientes.**

Para que su hijo sea considerado para NC Pre-K, **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD DEBEN ESTAR COMPLETADAS EN SU TOTALIDAD**, incluyendo firmas y fechas. Se deben adjuntar todos los documentos de respaldo que figuran en la **Hoja de Información**. Si tiene preguntas o desea más información, por favor no dude en comunicarse con el Coordinador de NC Pre-K de Partnership for Children de la Región A ubicada en Sylva, Carolina del Norte, a través del correo electrónico [ncprek@rapc.org](mailto:ncprek@rapc.org).

**Nombre completo del niño:** \_\_\_\_\_

F  M

**Fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Se DEBE adjuntar una copia del acta de nacimiento o del registro de vacunación

**Dirección física del niño:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿En qué condado vive el niño? (haga un círculo sobre uno de los siguientes condados):** Cherokee    Clay  
Graham    Haywood    Jackson    Macon    Swain

**¿El niño es residente de Carolina del Norte?** Sí  No     **¿El niño es ciudadano de los Estados Unidos?**  
Sí  No

**Origen étnico del niño:** (seleccione una de las siguientes opciones): \_\_\_\_\_ No hispano    \_\_\_\_\_ Hispano

**Raza del niño:** (seleccione todas las opciones que se apliquen): \_\_\_\_\_ Indígena/nativo de Alaska    \_\_\_\_\_ Asiático  
\_\_\_\_\_ Negro/afroamericano    \_\_\_\_\_ Nativo Hawaiano/otros isleños del Pacífico    \_\_\_\_\_ Blanco/europeo  
estadounidense

### EXÁMENES DE SALUD Y DENTALES

Los informes de reconocimiento médico (incluyendo los exámenes dentales, de vista y audición) que se realicen dentro de un año antes del primer día que el niño comience a Pre-K, DEBEN ser entregados antes de la fecha en que el niño comience a asistir al aula. **Pídale al proveedor médico del niño que use el Informe Médico del Niño adjunto a esta solicitud para este propósito.**

### HISTORIAL DE CUIDADO INFANTIL

**Por favor, seleccione la declaración que mejor describa su situación actual de cuidado infantil:**

\_\_\_\_\_ El niño nunca ha sido parte de un entorno preescolar o de cuidado infantil

\_\_\_\_\_ El niño actualmente no está asistiendo a ningún programa de cuidado infantil (está en casa en este momento, pero ha estado yendo a la guardería o ha participado en algún programa preescolar en el pasado)

\_\_\_\_\_ El niño está yendo a una guardería no regulada (como una niñera privada o con un miembro de la familia)

**Solicitud para niños del programa NC Pre-K para el curso 2022-2023**

\_\_\_\_\_ El niño no está recibiendo un subsidio, pero está en algún tipo de guardería o programa de preescolar regulado (Head Start)

\_\_\_\_\_ El niño está recibiendo un subsidio y está yendo a algún tipo de guardería o programa de preescolar regulado

Si su hijo estaba inscrito en un programa de cuidado de niños a los tres años, indique el nombre del centro o proveedor de cuidado infantil:

Nombre completo del niño:

**INFORMACIÓN DEL HOGAR E INGRESOS**

***Enumere SOLAMENTE a los padres, madres, padrastros, madrastras, custodios y tutores que vivan en el mismo hogar que el niño***

**Tenga en cuenta que los ingresos de estas personas CUENTAN y que se debe presentar la documentación correspondiente que figura en la Hoja de Información.**

➔ **Nombre del padre/madre/padrastro/madrastra/custodio/tutor #1:**

¿Esta persona está empleada? Sí  No

¿Esta persona está buscando empleo? Sí  No

¿Esta persona tiene una discapacidad? Sí  No   
jubilado? Sí  No

¿Esta persona se ha

Esta persona está yendo a la escuela secundaria o está en un programa de GED Sí  No   
persona está yendo a la Universidad? Sí  No

¿Esta

**Seleccione el tipo de ingreso(s) que recibe esta persona:**

\_\_\_\_\_ Salario regular/ingresos laborales  
casinos indígenas

\_\_\_\_\_ Ingresos del juego per cápita/juegos de los

\_\_\_\_\_ Pagos de pensión alimenticia  
desempleo/Compensación al trabajador

\_\_\_\_\_ Beneficios por

\_\_\_\_\_ Ingresos por beneficios de jubilación/discapacidad  
cualquier niño(s) menor(es) que viva en

\_\_\_\_\_ Manutención de niños para  
el mismo hogar

**Recibo ingresos de estas fuentes, pero no dispongo de comprobantes de estos ingresos:**

**DECLARACIÓN DE CERO INGRESOS - Complete la declaración a continuación SÓLO si está desempleado y no recibe ningún ingreso.**

Yo, (nombre impreso) \_\_\_\_\_ verifico que NO estoy empleado y que NO recibo ningún ingreso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

~~~~~

**Solicitud para niños del programa NC Pre-K para el curso 2022-2023**

**Enumere SOLAMENTE a los padres, madres, padrastros, madrastras, custodios y tutores que vivan en el mismo hogar que el niño**

➔ **Nombre del padre/madre/padrastro/madrastra/custodio/tutor #2:** \_\_\_\_\_

¿Esta persona está empleada? Sí  No

¿Esta persona está buscando empleo? Sí  No

¿Esta persona tiene una discapacidad? Sí  No   
jubilado? Sí  No

¿Esta persona se ha

Esta persona está yendo a la escuela secundaria o está en un programa de GED Sí  No   
persona está yendo a la Universidad? Sí  No

¿Esta

**Seleccione el tipo de ingreso(s) que recibe esta persona:**

\_\_\_\_\_ Salario regular/ingresos laborales  
casinos indígenas

\_\_\_\_\_ Ingresos del juego per cápita/juegos de los

\_\_\_\_\_ Pagos de pensión alimenticia  
desempleo/Compensación al trabajador

\_\_\_\_\_ Beneficios por

\_\_\_\_\_ Ingresos por beneficios de jubilación/discapacidad  
cualquier niño(s) menor(es) que viva en

\_\_\_\_\_ Manutención de niños para

el mismo hogar

**Recibo ingresos de estas fuentes, pero no dispongo de comprobantes de estos ingresos:**

**DECLARACIÓN DE CERO INGRESOS - Complete la declaración a continuación SÓLO si está desempleado y no recibe ningún ingreso.**

Yo, (nombre impreso) \_\_\_\_\_ verifico que NO estoy empleado y que NO recibo ningún ingreso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre completo del niño:**

| <b>ENUMERE A TODAS LAS OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR CON EL NIÑO</b>                             |                                                 |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|
| <b>NO ENUMERE ni incluya a los padres o personas que no vivan en el mismo hogar que el niño de Pre-Kínder</b> |                                                 |                     |
| NOMBRE                                                                                                        | RELACIÓN CON EL NIÑO O LA FAMILIA DE PRE-KINDER | FECHA DE NACIMIENTO |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |
|                                                                                                               |                                                 | ___/___/___         |

**Marque cualquiera de los siguientes factores de elegibilidad adicionales que se apliquen a su hijo o a su familia.**

\_\_\_\_\_ Carecemos de una residencia fija, regular y adecuada (vivimos con un amigo o familiar, en un motel, refugio, tienda de campaña, edificio o vehículo abandonado)

## Solicitud para niños del programa NC Pre-K para el curso 2022-2023

\_\_\_\_\_ Dominio limitado del inglés (la familia y/o el niño hablan inglés de forma limitada o nada en absoluto en el hogar)

\_\_\_\_\_ Necesidad educativa (adjunte una copia de las páginas 1 y 2 del Programa de Educación Individualizado de su hijo (IEP, por sus siglas en inglés) **actual** O informes de puntuación de la evaluación de desarrollo más reciente aprobada para su uso por el programa NC Pre-K)

\_\_\_\_\_ Enfermedad Crónica (requiere de una declaración médica)

Describe la enfermedad de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hijo de una familia militar elegible — el padre o madre es: un miembro del servicio **activo** de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (incluyendo la Guardia

Nacional, el ejército estatal o es un miembro de la reserva de las Fuerzas Armadas) que fue ordenado al servicio activo durante los últimos 18

meses **O** que resultó herido o falleció mientras estaba en servicio activo (adjunte ya sea la licencia militar

y estado de resultados (reporte de ganancias), **O** la documentación de discapacidad o fallecimiento relacionada con el servicio).

### **FIRMA**

**Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es precisa a mi leal saber y entender y comprendo que proporcionar información falsa o inexacta puede descalificar a mi hijo del programa.**

**Padre/madre/padrastro/madrastra/custodio/tutor:**

**FIRME CON SU NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ -

**IMPRIMA SU NOMBRE:**

**SU RELACIÓN CON EL NIÑO**

**LA FECHA DE HOY:**

# Informe Médico del Niño

RAPC 2/2021

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirección del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

## A. Historia Médica (el padre/tutor puede completar esta sección)

1. ¿Es el niño alérgico a algo? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, ¿A qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Recibe el niño cuidado médico? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando medicamentos? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, incluya los diagnósticos y los medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Hospitalización u operación previa? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, ¿cuándo? y ¿para qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Historia de enfermedades previas significativas o enfermedad recurrente? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_  
**Diabetes** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ **Convulsiones** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ **Problemas de Corazón** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_  
**Asma** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si hay algo más, ¿qué? y ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Tiene discapacidad física? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, favor de describirla: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Preocupaciones de salud mental o de comportamiento? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, favor de describirla: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

~~~~~

## B. Examinación Física: Un médico licenciado, su agente aprobado recientemente por la Junta de Examinadores Médicos de Carolina del Norte (o una junta comparable de otro estado), una Enfermera Practicante licenciada o una Enfermera licenciada de Salud Pública tiene que completar y firmar esta examinación.

Estatura \_\_\_\_\_% Peso \_\_\_\_\_%  
Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Dientes \_\_\_\_\_ Garganta \_\_\_\_\_  
Cuello \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Pecho \_\_\_\_\_ Abd/GU \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_  
Sistema neurológico \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_  
Resultados de prueba de TB, si dada: Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_  
Consulta \_\_\_\_\_

Análisis de desarrollo: Instrumento usado \_\_\_\_\_ Fecha Admin \_\_\_\_\_  
Retraso \_\_\_\_\_ Apropiado para su edad \_\_\_\_\_ Si hay un retraso, explique el significado y dar consejos para el cuidado o consulta: \_\_\_\_\_

¿Se debe limitar las actividades? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

**FECHA DE EXAMINACIÓN:** \_\_\_\_\_

Firma de Examinador Autorizado/Título: \_\_\_\_\_

Nombre, Dirección de Agencia o Práctica Médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

~~~~~