



# Granville County PUBLIC SCHOOLS

"Committed to Excellence and Achievement for All"

Gracias por participar en la registraci3n de pre-kinder. Nuestro programa de pre-kinder sigue las normas federales y estatales.

Para ser elegible para la GCPS Pre-K, un ni1o del

- cumplir los 4 a1os antes del 31 de agosto
- residen en el condado de Granville

## **Lista de verificaci3n de aplicaci3n** (Todos los art3culos deben estar incluidos.)

- Aplicaci3n completada y firmada
- Acta de nacimiento
- Verificaci3n de domicilio
  - Copia de la factura actual de servicios p1blicos -o- contrato de alquiler -o- otros documentos enumerados en el formulario
- Informaci3n de ingresos
  - La primera p1gina de su 1040 -o- Formulario W-2 -o- Una copia de su tal3n de cheque m1s corriente -o- Carta de su empleador

## **LA FECHA TOPE PARA APLICACIONES COMPLETAS – 30 de JUNIO de 2022**

Las solicitudes recibidas despu3s de esta fecha se incluir1n en la lista de espera del programa.

**Devuelva el paquete de solicitud completo (incluidas copias de la documentaci3n):**

### **EMAIL PARA**

prek@gcs.k12.nc.us

### **EN PERSONA**

La escuela primaria de tu vecindario  
or  
Centro de Registro GCPS  
or  
Edificio de la Junta de Educaci3n GCPS

### **ENVIARA**

GCPS PreK Program  
PO Box 927  
Oxford, NC 27565

**PREGUNTAS** correo electr3nico [prek@gcs.k12.nc.us](mailto:prek@gcs.k12.nc.us) -o- llamada 919-693-4613



Favor de rellenar un formulario para cada niño elegible y entréguelo a la escuela, lo cual está en su zona escolar.  
 Se considera elegible el niño que cumple los cuatro (4) en o antes la fecha **31 de agosto**.

<b>Nombre completo del niño:</b> (como escrito en el acta de nacimiento)	<b>Fecha de nacimiento:</b>
---	-----------------------------

<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Identidad étnica:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<b>Raza:</b> (marque uno o más cajas) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Otro islandero pacífico <input type="checkbox"/> Caucasiano / Europeo Americano
---	---	--

<b>Domicilio/Calle:</b> _____ <b>Ciudad/Código postal:</b> _____ <b>Escuela:</b> _____	<b>Dirección postal:</b> (si es diferente del domicilio) _____
--	---

¿Su familia no tiene hogar (vive temporalmente con amigos / familiares o en un refugio / automóvil / hotel)?  Sí  No

**Niño vive con:**  los dos padres  Madre  Padre  Otra persona \_\_\_\_\_  
 Si usted es un tutor legal del niño ordenado por la corte, proporcione una copia de la orden judicial.

**Los padres son:**  solteros  casados  separados  divorciados

MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN	PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN
<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Hablamos inglés con fluidez <input type="checkbox"/> Algo de inglés <input type="checkbox"/> No inglés	¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Hablamos inglés con fluidez <input type="checkbox"/> Algo de inglés <input type="checkbox"/> No inglés
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>
<b>Núm. tel. del hogar:</b> ( )	<b>Núm. tel. del hogar:</b> ( )
<b>Núm. de celular:</b> ( )	<b>Núm. de celular:</b> ( )
<b>Núm. tel. de trabajo:</b> ( )	<b>Núm. tel. de trabajo:</b> ( )

**Listar todos los adultos, los que viven en su hogar (mayores de 18 años):**

Nombre	Pariente al niño
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Listar todos los niños, los que viven en su hogar (menores de 18 años):**

Nombre	Pariente al niño	<u>Edad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

~~ CONTINUE EN RELLENAR EL FORMULARIO AL DORSO ~~

## Información de elegibilidad

### ¿Este niño tiene algún discapacidad o dificultad en su desarrollo?

Sí  No  No sé

Si contesta que sí, se había referido para una evaluación completa y ya recibió un diagnóstico que está atrasado en su desarrollo?

Sí  No

¿Cual agencia o proveedor hizo la evaluación? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene este niño un IEP (plan educativo de la educación especial)?  Sí  No

¿Recibe este niño algún tipo de terapia o servicio especial (favor de marcar cualquier que se aplica)

terapia del habla       terapia físico       terapia ocupacional  
 visitas por especialista de intervención temprano       Otro (favor de explicar) \_\_\_\_\_

Si no está seguro, ¿cuales son sus preocupaciones del desarrollo de este niño? \_\_\_\_\_

### ¿Tiene este niño problemas crónicos de salud? (asma, diabetes, sickle cell, etc.)

Sí  No

Si contesta que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

### En este momento, ¿está inscrito este niño en un programa pre-kindergarten o guardería?

Sí  No

Si contesta que sí, ¿cómo se llama? \_\_\_\_\_

¿Ha aplicado para la subvención por el Departamento de Seguro Social?  Sí  No

Si contesta que sí, favor de marcar uno:  Recibimos la subvención de DSS.  No cualificamos para la subvención.  
 Estamos en la lista de espera.

Si **no**, ¿ha sido inscrito en un programa de pre-kinder en algún otro tiempo?  Sí  No

¿Cuándo asistió este niño? \_\_\_\_\_

¿Quién atiende a este niño, en este momento, durante el día? \_\_\_\_\_

### Favor de leer cada frase y escribir sus iniciales en cada casilla después de leer.

	Certifico que toda la información es verdadera y correcta y que note bien los ingresos. Dar información incorrecta a propósito puede afectar la elegibilidad de este niño participar en el programa.
	Yo entiendo que tengo la responsabilidad informar a la escuela si cambia información. (núm. tel., domicilio, trabajo, ingreso, etc.)
	Doy permiso usar la información en esta aplicación al personal necesario para escoger participantes del programa, incluso a los miembros del grupo que hacen la selección, los maestros, DCD/EE, u otros.
	Entiendo que este formulario es una aplicación para que sea considerado mi hijo en el proceso de selección para el programa Pre-kinder del sistema de escuelas de Granville County. Se escogen los niños según reglas y política estatales y federales. Es posible que hará una lista de espera para el programa.
	Yo entiendo que la participación de padres y familia es un componente muy importante. Si se escoge mi hijo, prometemos participar según el programa pre-kindergarten.

### \*\*SE REQUIERE FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIAN\*\*

Firma de padre/ guardián	Fecha
-----------------------------	-------

Debido al espacio limitado en el Pre-K, su hijo puede ir a una escuela si hay un espacio en otra escuela que no está en su zona de asistencia. **No somos capaces de ofrecer transporte en autobús en estas situaciones.**

¿Usted será capaz de transportar a su hijo a la escuela si hay un espacio en otra escuela que no está en su zona de asistencia?  
 Sí  No

Por favor, priorice todas las escuelas que consideraría para su hijo colocando un número 1 para la primera opción, 2 para la segunda opción, etc.

Escuelas en el norte del Condado de Granville	Escuelas en el sur del Condado de Granville
<input type="checkbox"/> Stovall-Shaw Primaria <input type="checkbox"/> West Oxford Primaria	<input type="checkbox"/> Butner-Stem Primaria <input type="checkbox"/> Creedmoor Primaria <input type="checkbox"/> Mt. Energy Primaria <input type="checkbox"/> Tar River Primaria

<b>For Office Use Only:</b>			
GCPS representative signature to verify application complete	Birth Certificate on file <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Residence on file <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Income on file <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

ESCUELAS DEL CONDADO DE GRANVILLE  
PRUEBA DE RESIDENCIA  
AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

Apellido(s) del estudiante (Primer nombre) (Segundo nombre)

<u>NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES</u>			<u>NOMBRE DE DUEÑO, O QUE RENTA LA CASA</u>		
Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre	Segundo Nombre
Domicilio			Domicilio		
Ciudad y Estado			Ciudad y Estado		

¿En que distrito escolar se encuentra localizada su domicilio actual? \_\_\_\_\_

Prueba de residencia para verificar el domicilio de padre(s) o del tutor legal asignado por corte debe ser presentado. La documentación debe incluir el nombre y el domicilio actual del padre/guardian notado arriba.

**SE REQUIERE proveer uno de las opciones siguientes:**

- \_\_\_\_\_ Factura original del gas, del aceite, del agua o de la luz con el nombre del o de los padre(s) del estudiante o del tutor legal asignado y que sea corriente (entre los 60 días anteriores)
- \_\_\_\_\_ Contrato oficial de la rent firmado por los padres o por el tutor legal asignado y el dueño de la propiedad.

**NOTA: Que sea presentes el padre y la persona, la que prove prueba de residencia**

Prueba de residencia del o de los individual(es), con quien vive el padre/los padres del niño

- \_\_\_\_\_ Factura original del gas, agua o la luz – corriente (de los 60 días anteriores)
- \_\_\_\_\_ Contrato oficial de la renta firmado por la persona que renta y/o el dueño de la propiedad.

**TAMBIEN, dos** de las opciones siguientes, los que verifican el nombre del padre/guardian y el domicilio notado arriba.

- \_\_\_\_\_ Licencia de conducir
- \_\_\_\_\_ Tarjeta de identificación del estado (del Departamento de vehículos de motor)
- \_\_\_\_\_ Registración de carro
- \_\_\_\_\_ Carta con papel embreado de la compañía con la que trabaja verificando el domicilio del padre del estudiante o del tutor legal asignado.
- \_\_\_\_\_ Tarjeta de Medicaid, incluyendo el nombre del estudiante, padre(s) o tutor legal.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del tutor legal asignado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, \_\_\_\_\_, verifico que toda la información ofrecida es cierta.

Se requiere también la firma de la persona que posee, paga o que renta la casa o apartamento.

Yo, \_\_\_\_\_, verifico que toda la información ofrecida es cierta.

<b><u>OFFICE USE ONLY</u></b>	
Action Taken: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	School _____ Grade _____
Signature of Superintendent/Designee	Date



# Granville County Public Schools

## DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PARA PRE-K



**\*\* Se requiere tener en cuenta la información de ingresos completa para las aulas NCPREK.\*\***

<b>Nombre completo del niño:</b> <small>(como escrito en el acta de nacimiento)</small>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
--	-----------------------------

<b>MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN</b>	<b>PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN</b>
-----------------------------------	-------------------------------------

<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
----------------	----------------

<b>¿Vive con el niño?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, no se requiere comprobante de ingresos.</i>	<b>¿Vive con el niño?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, no se requiere comprobante de ingresos.</i>
--	--

<b>¿Empleo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sí? <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo "part-time" ¿No?    Por favor marque abajo...  Busca de un trabajo    En la escuela secundaria    En la universidad    Formación para el trabajo    Otro	<b>¿Empleo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sí? <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo "part-time" ¿No?    Por favor marque abajo...  Busca de un trabajo    En la escuela secundaria    En la universidad    Formación para el trabajo    Otro
--	--

<b>Lugar de trabajo:</b>	<b>¿Es un miembro activo de los militares?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Lugar de trabajo:</b>	<b>¿Es un miembro activo de los militares?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------	---	--------------------------	---

<b>¿Otras fuentes de ingresos?</b> <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Sustento de Menores <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> SSI del niño  <b>No tengo fuente de ingresos.</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <small>Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:</small>	<b>¿Otras fuentes de ingresos?</b> <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Sustento de Menores <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> SSI del niño  <b>No tengo fuente de ingresos.</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <small>Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:</small>
--	--

<b>¿Se adjunta prueba de todos los ingresos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Se adjunta prueba de todos los ingresos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

**~~~ NOTA ~~~**

La prueba de ingresos puede incluir lo siguiente: recibos de pago (al menos 1 mes); registros de impuestos (W-2, declaraciones de impuestos que enumeran los ingresos brutos ajustados, 1099); cartas de adjudicación de la Administración de la Seguridad Social y la Comisión de Seguridad del Empleo; declaraciones escritas del empleador firmadas por el empleador; o declaración firmada a continuación cuando no hay ingresos familiares.

**Certifico que toda la información mencionada anteriormente es verdadera.**

Firma de padre/ guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

MOTHER/STEPMOTHER/GUARDIAN			FATHER/STEPFATHER/GUARDIAN		
Gross Pay per attached	Weekly (X52) Biweekly (X26) Twice Monthly (X24) Monthly (X12)	Annual Gross Pay	Gross Pay per attached	Weekly (X52) Biweekly (X26) Twice Monthly (X24) Monthly (X12)	Annual Gross Pay
\$ _____	W B T M	\$ _____	\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____	\$ _____	W B T M	\$ _____
\$ _____	W B T M	\$ _____	\$ _____	W B T M	\$ _____
TOTAL		\$ _____	TOTAL		\$ _____

CHILD'S SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION			ANNUAL INCOME FOR FAMILY	FAMILY SIZE
\$ _____	W B T M	\$ _____		