Granville County
PUBLIC SCHOOLS
"Committed to Excellence and Achievement for All"

2023 – 2024 Información de solicitud de prekínder

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

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

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

Lista de verificación de aplicación (Todos los artículos deben estar incluidos.)

- ❑ Aplicación completada y firmada
- ❑ Acta de nacimiento
- ❑ Verificación de domicilio
  - → Copia de la factura actual de servicios públicos **-o-** contrato de alquiler **-o-** otros documentos enumerados en el formulario
- ❑ Información de ingresos
  - → La primera página de su 1040 **-o-** Formulario W-2 **-o-** Una copia de su talón de cheque más corriente **-o-** Carta de su empleador

LA FECHA TOPE PARA APLICACIONES COMPLETAS – 9 de JUNIO de 2023

Las solicitudes recibidas después de esta fecha se incluirán en la lista de espera del programa.

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

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 Educación GCPS

ENVIAR A

GCPS PreK Program
PO Box 927
Oxford, NC 27565

PREGUNTAS correo electrónico prek@gcs.k12.nc.us -o- llamada 919-693-4613

Granville County Public Schools

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PRE-KINDERGARTEN

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**.

Nombre completo del niño: **(como escrito en el acta de nacimiento)**	**Fecha de nacimiento:**

Género:	**Identidad étnica:**	**Raza:** (marque uno o más cajas)
❑ Masculino	❑ Hispano o Latino	❑ Indio Americano / Nativo de Alaska
❑ Femenino	❑ No Hispano o Latino	❑ Asiático ❑ Nativo de Hawaii / Otro islandero pacífico
		❑ Africano Americano ❑ Caucasiano / Europeano Americano

Domicilio/Calle: _____

Ciudad/Código postal: _____ _____

Escuela: _____

Dirección postal: (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
Nombre:	**Nombre:**
¿Vive con el niño? ❑ Sí ❑ No	**¿Vive con el niño?** ❑ Sí ❑ No
¿Habla inglés? ❑ Hablamos inglés con fluidez ❑ Algo de inglés ❑ No inglés	**¿Habla inglés?** ❑ Hablamos inglés con fluidez ❑ Algo de inglés ❑ No inglés
Dirección de correo electrónico:	**Dirección de correo electrónico:**
Núm. tel. del hogar: ( )	**Núm. tel. del hogar:** ( )
Núm. de celular: ( )	**Núm. de celular:** ( )
Núm. tel. de trabajo: ( )	**Núm. tel. de trabajo:** ( )

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	Edad

~~ 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 diagnosis 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. ❑ Estamos en la lista de espera. ❑ No cualificamos para la subvención.

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 atendencia. ***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 atendencia?
❑ 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		
❑ Stovall-Shaw Primaria	❑ West Oxford Primaria	❑ Butner-Stem Primaria	❑ Mt. Energy Primaria	❑ Tar River Primaria

For Office Use Only:

GCPS representative signature to verify application complete	Birth Certificate on file	Residence on file	Income on file
	❑ Yes ❑ No	❑ Yes ❑ No	❑ Yes ❑ No

ESCUELAS DEL CONDADO DE GRANVILLE
PRUEBA DE RESIDENCIA
AÑO ESCOLAR: 2023-2024

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

NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES	NOMBRE DE DUEÑO, O QUE RENTA LA CASA
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/güardian 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 official 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 official 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 embreteado 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 posée, paga o que renta la casa o apartamento.

Yo, _____, verifico que toda la información ofrecida es cierta.

OFFICE USE ONLY

Action Taken: ☐ **Approved** ☐ **Denied** **School**_____ **Grade**_____

_____ _____
Signature of Superintendent/Designee **Date**

Revised 3/15/2011 v. 1.0

Granville County Public Schools

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PARA PRE-K

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

Nombre completo del niño: (como escrito en el acta de nacimiento)	**Fecha de nacimiento:**

MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN	PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN
Nombre:	**Nombre:**
¿Vive con el niño? ◯ Sí ◯ No *Si **no**, no se requiere comprobante de ingresos.*	**¿Vive con el niño?** ◯ Sí ◯ No *Si **no**, no se requiere comprobante de ingresos.*
¿Empleo? ◯ Sí ◯ No ¿Sí? ❑ tiempo completo ❑ tiempo "part-time" ¿No? Por favor marque abajo… ☐ Busca de un trabajo ☐ En la escuela secundaria ☐ En la universidad ☐ Formación para el trabajo ☐ Otro	**¿Empleo?** ◯ Sí ◯ No ¿Sí? ❑ tiempo completo ❑ tiempo "part-time" ¿No? Por favor marque abajo… ☐ Busca de un trabajo ☐ En la escuela secundaria ☐ En la universidad ☐ Formación para el trabajo ☐ Otro
Lugar de trabajo: **¿Es un miembro activo de los militares?** ◯ Sí ◯ No	**Lugar de trabajo:** **¿Es un miembro activo de los militares?** ◯ Sí ◯ No
¿Otras fuentes de ingresos? ❑ Desempleo ❑ Invalidez ❑ Compensación al trabajador ❑ Sustento de Menores ❑ Jubilación ❑ SSI del niño **No tengo fuente de ingresos.** ◯ Sí ◯ No Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:	**¿Otras fuentes de ingresos?** ❑ Desempleo ❑ Invalidez ❑ Compensación al trabajador ❑ Sustento de Menores ❑ Jubilación ❑ SSI del niño **No tengo fuente de ingresos.** ◯ Sí ◯ No Si no está empleado y ninguna otra fuente de ingresos está marcada arriba, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:
¿Se adjunta prueba de todos los ingresos? ◯ Sí ◯ No	**¿Se adjunta prueba de todos los ingresos?** ◯ Sí ◯ 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	**W**eekly (X52) **B**iweekly (X26) **T**wice Monthly (X24) **M**onthly (X12)	Annual Gross Pay	Gross Pay per attached	**W**eekly (X52) **B**iweekly (X26) **T**wice Monthly (X24) **M**onthly (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	$ _____		

revised 2/2021 CALCULATED BY _____ VERIFIED BY _____