



2024 – 2025 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 debe:

- 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
- ☐ Documentación de asistencia (si recibe asistencia y desea que se considere parte de su elegibilidad)
 - Carta/Declaración del DSS con respecto a la colocación en cuidado de crianza -o- Carta de inscripción/concesión de asistencia pública

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



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 **1 de agosto**.

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

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

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

¿Este niño está en cuidado de crianza? ☐ Sí ☐ No ¿Se proporciona servicio a refugiados? ☐ Sí ☐ No
 ¿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 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.

☐ 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? _____

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes? (Marque TODOS los que correspondan) Proporcione la documentación de la asistencia recibida.

Cupones para alimentos/SNAP

Medicaid/Health Choice

WIC

TANF/Trabajar primero

☐ Asistencia de vivienda pública

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



C.G. Credle
Primaria



Stovall-Shaw
Primaria



West Oxford
Primaria

Escuelas en el sur del Condado de Granville



Butner-Stem
Primaria



Tar River
Primaria



Wilton
Primaria



Kiddie Klubhouse
Guarderia, Butner

Sitio no escolar

For Office Use Only:

GCPS representative signature to
verify application complete

Birth Certificate on file
☐ Yes ☐ No

Residence on file
☐ Yes ☐ No

Income on file
☐ Yes ☐ 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 embretrado 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.

<u>OFFICE USE ONLY</u>	
Action Taken: ☐ Approved ☐ Denied	School _____ Grade _____
Signature of Superintendent/Designee	Date



**** 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 <i>Si no, no se requiere comprobante de ingresos.</i>			¿Vive con el niño? ☐ Sí ☐ No <i>Si no, no se requiere comprobante de ingresos.</i>		
¿Empleo? ☐ Sí ☐ No ¿Sí? ☐ tiempo completo ☐ tiempo "part-time" ¿No? Por favor marque abajo...			¿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:	
¿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	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	\$ _____			