



Gracias por su interés en el Programa Pre-K de las Escuelas del Condado de Orange.

Por favor, guarde esta página para sus archivos.

Entregar el paquete de solicitud a:

Especialista del programa de preescolar de OCS en el edificio de preescolar de OCS detrás de la escuela primaria de Hillsborough: 402 N. Nash Street, Hillsborough, NC 27278

Coloque los paquetes de solicitud completos en el **buzón azul** ubicado en la puerta principal del edificio de Pre-K. También puede enviar la solicitud y los documentos por correo electrónico si se siente cómodo haciéndolo.

Lista de Verificación de la Solicitud: Cuando presente la solicitud de su hijo, incluya copias de lo siguiente:

- Solicitud de OCS Pre-K Completa 2024-2025
- Copia del certificado de nacimiento del niño
- Prueba de residencia: factura actual de servicios públicos o contrato de alquiler
- Documento de identidad con foto de los padres/guardianes: carnet de conducir, pasaporte, tarjeta de trabajo
- Verificación de ingresos: 1040, 2023 W2, beneficios de desempleo, compensación de trabajadores, o 4 talones de pago actuales y consecutivos

Si procede, los paquetes de solicitud también deben incluir:

- Documentación sobre el estado de salud crónico del niño
- Documentación del servicio militar de uno de los padres
- Documentación de la tutela, si procede

Los paquetes de solicitud sólo se procesarán cuando se reciban todas las copias mencionadas.

Nosotros podemos contactarte:

- Si su paquete de solicitud está incompleto
- Para programar una cita de examen DIAL-4

El Programa de Pre-Kindergarten de las Escuelas del Condado de Orange está financiado por: Escuelas del Condado de Orange, Niños Excepcionales, Pre-K de Carolina del Norte y Pre-K del Título I.

Las siguientes escuelas sirven actualmente a los estudiantes de Pre-K y sus familias. Por favor, tenga en cuenta que estos sitios están sujetos a cambios.

Ubicación	Dirección	Llegada	Salida
Efland Cheeks Global Elementary	4401 Fuller Rd. Efland, NC	7:45am	2:30pm
New Hope Elementary	1900 New Hope Church Rd. Chapel Hill, NC	7:45am	2:30pm
Pathways Elementary	431 Strouds Creek Rd. Hillsborough, NC	7:45am	2:30pm

¿Preguntas? Por favor, póngase en contacto con la Especialista del Programa Pre-K de OCS, Michelle Meade michelle.meade@orange.k12.nc.us or 919.245.4006 ext. 18003

Si necesita ayuda en español, póngase en contacto con la Coordinadora de Participación Familiar, Sandra Blefko sandra.blefko@orange.k12.nc.us or 919.644.3200 ext. 15508

**ESCUELAS DEL CONDADO DE ORANGE APLICACIÓN DE PRE-KINDERGARTEN
2024-2025**

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Nombre del niño _____			Fecha de nacimiento _____	
<small>Nombre</small>	<small>Segundo Nombre</small>	<small>Apellido</small>		
Dirección del Niño _____				
<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>	<small>Condado</small>
Dirección de Correo _____				
<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>	
<small>Si es diferente al anterior</small>				
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco o Europeo Americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Idioma Principal del Niño _____		

INFORMACIÓN FAMILIAR: ¿Con quién vive el niño?

Madre y Padre
 Madre Soltera
 Padre Soltero
 Guardián Legal
 Abuelo(s)
 Progenitor y padrastro o madrastra
 Custodia Compartida
 Padres adoptivo
 Otro: _____

Si el niño vive con una persona que no es pariente y que tiene la custodia legal o la tutela, ¿ha aportado documentación?

Sí No N/A

Su familia se encuentra actualmente sin hogar? Sí No

Padre/Guardián 1: _____ **Vive con su hijo/a:** Sí NO

Celular: _____ **Correo electrónico:** _____

Padre/Guardián 2: _____ **Vive con su hijo/a:** Sí NO

Celular: _____ **Correo electrónico:** _____

¿Cuál es el número total de miembros de su familia? _____

¿Cuántos hijos menores de edad viven en el hogar, incluido el niño de preescolar? _____

¿Cuántos adultos viven en el hogar? _____ ¿Cuántos adultos contribuyen a los ingresos del hogar? _____

Por favor, indique los nombres de TODOS los miembros de la familia que viven en el hogar.	Relación con el niño de preescolar (por ejemplo, madre, padre, abuelo, hermano, padrastro, hermanastra, padre adoptivo, etc.)	Fecha de Nacimiento	En su caso, ¿dónde están estudiando los hermanos?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Por favor, incluya información sobre los miembros adicionales de la familia en el reverso de la solicitud. Muchas gracias.*

INFORMACIÓN ADICIONAL

- ¿Es el padre/guardián legal del niño un miembro activo del ejército, o fue un padre o guardián legal del niño herido o muerto mientras estaba en servicio activo? (Se requiere la verificación de la documentación militar) Sí NO
- ¿Su hijo tiene conocimientos limitados de inglés? Sí NO

- ¿Recibe actualmente su hijo o su familia alguna de las siguientes ayudas?
 Servicios para refugiados WIC Vivienda pública Medicaid SSI SNAP TANF/Work First Servicios de alimentación y nutrición (cupones de alimentos) Otros, especifique: _____
- ¿Ha **estado** su hijo inscrito en un centro de preescolar, guardería o jardín de infancia? Sí NO
- ¿Está su hijo matriculado en un centro de preescolar, guardería o jardín de infancia? Sí NO
 Si está inscrito actualmente, ¿cuál es el nombre del programa? _____
- ¿Recibe el niño una beca para su cuidado? Sí NO
- ¿Tiene el niño una enfermedad crónica? (Se requiere documentación del médico) Sí NO
 En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Tiene el niño una necesidad educativa o de desarrollo? Sí NO
 En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Se ha remitido al niño a servicios relacionados con su discapacidad? Sí NO
- ¿Tiene el niño un Plan Educativo Individualizado (IEP)? Sí NO
- ¿Está el niño recibiendo actualmente servicios relacionados con su discapacidad? Sí NO
 En caso afirmativo, especifique (**marque todo lo que corresponda**)
 Terapia del habla Terapia física Terapia Ocupacional Servicios educativos
 Terepia de ABA Enfermería/Salud Otros, especifique: _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES: *La solicitud de su hijo no se procesará sin prueba de ingresos.

Ingresos del Padre/Guardián 1 - LISTA DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS (Por favor, proporcione la documentación)

Padre/Guardián 1: **Empleado** Sí NO **Búsqueda de Empleo** Sí NO
En capacitación laboral Sí NO **En preparatoria/programa GED** Sí NO
Otros empleos Sí NO **En la escuela post-secundaria** Sí NO

Si es otro empleo, describa: _____

Salarios antes de impuestos \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
SSI/TANF/Work First \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Beneficios por Desempleo \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Manutención de los hijos/pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Otro: _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual

Ingresos del Padre/Guardián 2 - LISTA DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS (Por favor, proporcione la documentación)

Padre/Guardián 2: **Empleado** Sí NO **Búsqueda de Empleo** Sí NO
En capacitación laboral Sí NO **En preparatoria/programa GED** Sí NO
Otros empleos Sí NO **En la escuela post-secundaria** Sí NO

Si es otro empleo, describa: _____

Salarios antes de impuestos \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
SSI/TANF/Work First \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Prestaciones de Desempleo \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Manutención de los hijos/pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
Otro: _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual

Debe declararse cualquier otra fuente de ingresos que contribuya al hogar. Indique el total de los ingresos del hogar:
 \$ _____

RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES: Por favor, ponga sus iniciales al lado de cada declaración.

- _____ Entiendo que esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y no constituye una inscripción en ningún programa.
- _____ Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y exacta y que todos los ingresos han sido reportados.
- _____ Autorizo a las agencias asociadas de Pre-K, NC Pre-K, Title I, Orange County Partnership for Young Children, y Condado de Orange (OCS) a intercambiar información sobre mi hijo con el fin de determinar la elegibilidad para los programas de Pre-K financiados por el estado y el gobierno federal y para la recolección de datos y la evaluación del programa por la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana de Carolina del Norte (DCDEE) y la Oficina de Aprendizaje Temprano (OEL).
- _____ Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en el programa OCS Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo, y yo/nosotros nos comprometemos a participar como lo requiere el programa.
- _____ Doy permiso para que mi hijo(a) reciba pruebas de desarrollo, audición, visión, dentales y/o de habla y lenguaje y para que los resultados sean compartidos con los programas de Pre-K asociados (NC Pre-K, Título I, Orange County Partnership for Young Children, y Orange County Schools).
- _____ Entiendo que mi hijo(a) necesitará una evaluación de salud y vacunas actualizadas antes de asistir a un programa.
- _____ Entiendo que tengo **30 días a partir de la inscripción** para obtener una evaluación de salud y todas las vacunas requeridas y **mi hijo será excluido del programa hasta que se reciba toda la documentación de salud.**
- _____ Entiendo que OCS Pre-K está diseñado para servir a los niños en riesgo y que se hará todo lo posible por mí y el OCS Pre-K para mantener la inscripción y participación de mi hijo en el programa.
- _____ Entiendo que soy responsable de proporcionar el transporte para mi niño. Entiendo que el transporte NO es proporcionado para OCS Pre-K.
- _____ Entiendo que los requisitos del programa y mi hijo pueden ser colocados en una lista de espera. Entiendo que si decido rechazar la oportunidad de inscripción inicial de mi hijo, la inscripción futura no está prometida ni garantizada.

Firma del Padre /Guardián: _____ **Fecha:** _____

Certifico que la información facilitada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender. Certifico que todos los ingresos han sido reportados. Mi firma y la presentación de la documentación solicitada otorga a las Escuelas del Condado de Orange el permiso para ingresar la información en el Sistema de Datos de Niños del Estado de Carolina del Norte (NC Pre-K) como una solicitud de elegibilidad en el Programa de Pre-K de Carolina del Norte. Entiendo que esta información se da para recibir fondos federales y/o estatales. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial y a la remoción de mi hijo del programa.

Nombre del niño: _____

Firma del Padre /Guardián: _____ Fecha: _____

Relación con el niño: _____



Gracias por su interés en el programa Pre-K de OCS.



For OCS staff only: Date received: _____ Date Processed: _____ POI received: YES NO