



2025 – 2026 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 – 28 de Marzo de 2025

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
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- Llame a Latasha Hargrove, Coordinadora de Primera Infancia al 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 **1 de agosto**.

Nombre completo del niño: (como escrito en el acta de nacimiento)		Fecha de nacimiento:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Raza: (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"/> Caucásiano / Europeo Americano
Domicilio/Calle: _____		Dirección postal: (si es diferente del domicilio) _____
Ciudad/Código postal: _____		_____
Escuela: _____		_____
¿Este niño está en cuidado de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se proporciona servicio a refugiados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Su familia no tiene hogar (vive temporalmente con amigos / familiares o en un refugio / automóvil / hotel)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Niño vive con: <input type="checkbox"/> los dos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Otra persona _____ <i>Si usted es un tutor legal del niño ordenado por la corte, proporcione una copia de la orden judicial.</i>		
Los padres son: <input type="checkbox"/> solteros <input type="checkbox"/> casados <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> divorciados		
MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN		PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN
Nombre: _____		Nombre: _____
¿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
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	<u>Edad</u>

~~ CONTINUE EN RELLENAR EL FORMULARIO AL DORSO ~~		

¿Da usted permiso para que su información de contacto se comparta para recursos y eventos educativos? Sí No

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? _____

¿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 atención. **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 atención?
 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	Sitio no escolar
<input type="checkbox"/> C.G. Credle Primaria <input type="checkbox"/> Stovall-Shaw Primaria <input type="checkbox"/> West Oxford Primaria	<input type="checkbox"/> Butner-Stem Primaria <input type="checkbox"/> Tar River Primaria <input type="checkbox"/> Wilton Primaria	<input type="checkbox"/> Kiddie Klubhouse Guardería, Butner

For Office Use Only:

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 provee 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.

<u>OFFICE USE ONLY</u>	
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.****

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

MADRE / MADRASTRA/GUARDIÁN	PADRE / PADRASTRO / GUARDIÁN
-----------------------------------	-------------------------------------

Nombre:	Nombre:
----------------	----------------

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

¿Empleo? <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	¿Empleo? <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
--	--

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

¿Otras fuentes de ingresos? <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 No tengo fuente de ingresos. <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>	¿Otras fuentes de ingresos? <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 No tengo fuente de ingresos. <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>
--	--

¿Se adjunta prueba de todos los ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se adjunta prueba de todos los ingresos? <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 \$ _____		



* CONFIDENCIAL *

Escuelas públicas de Granville Solicitud de evaluación de ingresos familiares 2025-2026

La financiación del Título I es crucial para proveer recursos y apoyo extra a nuestras escuelas, lo cual contribuye a asegurar que todos los estudiantes accedan a una educación de excelencia. Al solicitarla, se posibilita que nuestras escuelas obtengan fondos esenciales para programas que realzan el desempeño académico, ofrecen apoyo educativo adicional y generan un entorno de aprendizaje más atractivo para los alumnos.

Su implicación es crucial para colaborar en la obtención de los recursos requeridos para atender las múltiples necesidades de nuestros alumnos. Rellenar el formulario es un método simple pero efectivo para fomentar el progreso académico de su hijo y el desarrollo global de nuestra comunidad educativa.

Asegúrese de que toda la información proporcionada en la solicitud se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para el financiamiento del Título I.

Yo, _____, represento el papel de padre o tutor legal de
Imprimir el nombre del progenitor.

Por favor imprimir.

Nombre completo del estudiante	Calificación	Escuela

Seleccione la opción que mejor se ajuste al tamaño de su vivienda y a sus ingresos anuales. Si ninguna de las opciones anteriores es adecuada, déjela en blanco, firme y devuelva el formulario a la escuela de su hijo/a.

En nuestro hogar residen dos personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$37,814 (o menos de \$3,152 al mes).

En nuestro hogar residen tres personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$47,767 (o menos de \$3,981 al mes).

En nuestro hogar residen 4 personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$57,720 (o menos de \$4,810 al mes).

En nuestro hogar residen 5 personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$67,673 (o menos de \$5,640 al mes).

En nuestro hogar residen 6 personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$77,626 (o menos de \$6,469 al mes).

En nuestro hogar residen 7 personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$87,579 (o menos de \$7,299 al mes).

En nuestro hogar residen 8 personas y nuestro ingreso anual es inferior a \$97,532 (o menos de \$8,128 al mes).

Firma del progenitor/tutor _____ **Fecha** _____