Office use only: Date received: _____ Received from: _____ Preferred Location: _____

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program	Solicitud de NCPK y Preescolar Head Start 2025 del Condado de Burke	Head Start Preescolar

TODAS las preguntas deben ser respondidas para que su solicitud sea procesada.

Por favor, marque todos los programas para los que está solicitando:

❑ **Elegibilidad de NCPK:**

- El niño o la niña debe tener cuatro años de edad para el **31 de agosto de 2025**
- Los ingresos familiares y otros factores de elegibilidad se considerarán según las pautas establecidas por el estado de Carolina del Norte
- Se debe presentar la documentación completa para determinar la elegibilidad.

❑ **Elegibilidad de Preescolar Head Start:**

- El niño o la niña debe tener tres o cuatro años de edad para el **31 de agosto de 2025**
- Los ingresos familiares y otros factores de elegibilidad se considerarán según las pautas establecidas por la Oficina Nacional de Head Start

! **Las familias interesadas deben asistir a una cita de solicitud en Quaker Meadows Generations (828-438-6255) o Circle of Friends (828-879-2367).**

- *Los solicitantes que solo estén interesados en el Preescolar de Head Start deben seleccionar Quaker Meadows Generations o Circle of Friends como su primera opción.

❑ **Pago Particular: por favor tenga en cuenta que no es necesario completar todas las secciones.**

Documentos - los formularios completados **DEBEN** incluir firmas e iniciales, según sea necesario, así como todos los siguientes documentos para ser considerados para la elegibilidad:

- ❑ Solicitud de Preescolar NCPK/Head Start del Condado de Burke con TODOS los campos completados
- ❑ Copia del Acta de Nacimiento del niño o de la niña
- ❑ Programa de Educación Individual/Plan de Servicio Familiar Individual – IEP/IFSP (si corresponde)
- ❑ Copia de los documentos de Tutela legal/custodia (si corresponde)
- ❑ Otro (carta del médico o terapeuta que actualmente presta servicios al niño o la niña)
- ❑ Comprobante de ingresos (al menos uno de los siguientes – **No para solicitantes de Pago Particular):**
- ❑ Recibos de cheques de los últimos dos meses
  - ❑ Declaración de Impuestos del año anterior, incluidos los formularios W2 y 1099
  - ❑ Estado de cuenta bancaria actual que muestre las consignaciones directas para la Manutención de los Hijos y/o la Pensión Alimenticia
- ❑ Carta de beneficios (Ingresos del Seguro Social, Beneficios de la Administración de Veteranos, etc.)
- ❑ Recibir Asistencia Pública (para familias de 8 o menos) incluyendo cualquiera de los siguientes: WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Servicios de Alimentos y Nutrición (cupones de alimentos), SNAP

Nombre completo del(a) niño(a) _____
Nombre Seg. Nombre Apellido

Dirección del(a) niño(a) _____
Calle Ciudad Estado Zip

Fecha de nacimiento del(a) niño(a): Mes _____ día _____ año _____

No. Teléfono Principal _____ No. Teléfono Alternativo _____

Nombre del(a) niño(a) _____I.S.N.__ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque todas las casillas que correspondan y/o complete todas las preguntas:

Género del(a) Niño(a)	☐Masculino ☐ Femenino
¿Su hijo(a) es hispano(a)?	☐Sí ☐No
Condado de Residencia	☐Burke ☐ Otro
Raza (marque todo lo que corresponda)	☐Asiático ☐ Birracial ☐ Negro ☐Nativo Americano/Alaska ☐Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐Blanco ☐ Otro
¿Su hijo(a) es residente de NC?	☐Sí ☐ No
¿Su hijo(a) es ciudadano estadounidense?	☐Sí ☐ No
El niño o la niña reside con:	☐Madre solamente ☐ Padre solamente ☐Madre y Padre (incluye padrastros) ☐Custodio/Tutor Legal (por favor proporcione documentación legal) ☐Hogar de Paso ☐ Familiar ☐Otro _____
¿Cuál idioma usa su hijo(a) con más frecuencia para comunicarse?	☐Inglés ☐ Español ☐Otro_____
¿Cuál(es) idioma(s) se usa(n) con frecuencia en su hogar?	☐Inglés ☐ Español ☐Otro_____
¿El(La) niño(a)/familia está siendo atendido(a) actualmente por los Servicios de Protección Infantil?	☐No ☐ Sí, residiendo actualmente con el padre y/o madre ☐Sí, actualmente en un Hogar de Paso (por favor, proporcione documentación legal) ☐Estoy cuidando a un(a) niño(a) que está **a la espera** de ser colocado en un hogar de paso.
Por favor, seleccione todas las que se apliquen al estado familiar de su hijo(a):	☐WIC ☐ Cupones de Alimentos/SNAP ☐ Early Head Start ☐ Medicaid ☐Seguro Privado ☐ IEP/IFSP ☐ En hogar de paso ☐Bajo el cuidado de un(a) pariente ☐ Esperando bebé ☐ Vivienda Pública ☐TANF/Trabajar Primero. ☐ SSI **Debe proporcionar documentación/cartas de adjudicación. **
¿Está su familia sin hogar (vive temporalmente con amigos/familiares o en un refugio/automóvil/hotel, o no tiene una residencia permanente)?	☐No ☐ Sí, más de 12 meses ☐ Sí, menos de 12 meses Situación de vivienda: ☐En un refugio ☐ En casa propia, casa alquilada o apartamento ☐En un hotel o motel ☐Con amigos o familiares - Explique: _____ _____ ☐En otras circunstancias - Explique: _____ _____ ☐Hospital 30 días o menos

☐No tengo hogar o no tengo una residencia permanente y doy permiso al Preescolar Head Start (Blue Ridge Community Action), Smart Start y/o las Escuelas Públicas del Condado de Burke para procesar un referido para los servicios.

Firma _____ Fecha _____

	Dirección del Padre o Madre	**Teléfono del Padre o Madre**	**Correo electrónico (las notificaciones se enviarán por correo electrónico)**
Nombre de la Madre/Tutor: _____	☐Igual que el(la) niño(a) ☐Otra _____ _____	_____ ☐Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	
Nombre del Padre/Tutor: _____	☐Igual que el(la) niño(a) ☐Otra _____ _____	_____ ☐Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	
Nombre del contacto alternativo: _____		**Teléfono(s) de contacto alternativo:** _____	**Correo electrónico del contacto alternativo:** _____

Por favor escriba todos los miembros de la familia que viven en el hogar (padre, madre e hijos dependientes, incluido el(la) menor solicitante de NC Pre-K) - **Nota: No es necesario para los solicitantes de Pago Particular.**

Nombre Adultos casados, incluidos los padrastros y todos los hijos dependientes menores de 18 años	**Fecha de nacimiento**	**Edad actual**	**Relación con el(la) niño(a)**

Nombre del(a) niño(a) _____I.S.N.__ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Desarrollo del(a) Niño(a) (requerido para todos los solicitantes):

¿Su hijo(a) tiene un desafío físico o una enfermedad crónica? Se requiere un diagnóstico médico. La verificación del médico de su hijo(a) debe proporcionarse con la aplicación.	☐No ☐ Asma ☐ Diabetes ☐Obesidad ☐ Anemia ☐ Otros _____	Haga una lista de los medicamentos que toma para las necesidades de atención médica: _____ _____
¿Su hijo(a) tiene una necesidad educativa o de desarrollo?	☐No ☐Sí, por favor especifique: _____	Comparta cualquier otra información que tenga una relación directa con la garantía de un tratamiento médico seguro para su hijo(a): _____ _____
¿Su hijo(a) ha sido referido(a) para que le hagan pruebas para determinar si se requieren servicios de educación especial (Terapia del Habla, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y/o Terapia de Juego)?	☐No ☐ Sí, por favor especifique: _____ _____ _____	Por favor, háganos saber si su hijo(a) está recibiendo servicios privados de cualquier tipo. Las evaluaciones recientes o las notas de progreso se pueden proporcionar con su solicitud como verificación.
¿Su hijo(a) está recibiendo servicios para una necesidad del desarrollo?	☐No ☐ Sí, especifique: _____	
¿Su hijo(a) tiene un IEP (Programa de Educación Individualizado, por sus siglas en inglés) o IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado, por sus siglas en inglés)?	☐No ☐ Sí (En caso afirmativo, favor incluir una copia) ☐IEP con las Escuelas del Condado de Burke ☐IEP no está en las Escuelas del Condado de Burke y el(la) padre/madre proporcionarán una copia con la solicitud.	Si su hijo(a) está bajo un IEP a través de las Escuelas del Condado de Burke, no tiene que proporcionar una copia. La verificación será completada por las Escuelas del Condado de Burke.
Enumere las alergias, los síntomas y el tipo de respuesta necesaria para las reacciones alérgicas: _____ _____ _____ _____ _____ _____	**Enumere las necesidades o inquietudes de atención médica, los síntomas y el tipo de respuesta a estas necesidades o inquietudes de atención médica: _____** _____ _____ _____ _____	**Enumere cualquier temor particular o característica de comportamiento única que tenga el(la) niño(a): _____** _____ _____ _____ _____ _____
¿Es al menos el padre/la madre/tutor del(a) menor actualmente un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; se le ordenó el servicio activo dentro de los últimos 18 meses o se espera que se le ordene dentro de los próximos 18 meses; o ha resultado gravemente herido o muerto en servicio activo?		☐No ☐Sí (en caso afirmativo, por favor proporcione documentación)

Proveedor de Cuidado Infantil actual (debe completarse; sin embargo, *no es necesario para el Pago Particular*):

Mi hijo(a) ha asistido a un centro de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.	☐Nunca ☐Asistiendo actualmente, pagado por la familia ☐Asistiendo actualmente, pagado por bono de subvención ☐Asistió anteriormente, pero no está inscrito(a) actualmente	☐Solicité subsidio y estoy en lista de espera ☐No tengo derecho a la subvención

Nombre del(a) niño(a) _____I.S.N.__ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Situación Laboral del(a) Padre/Madre/Tutor
Nota: No es obligatorio para los solicitantes de Pago Particular.

	Madre/Tutora	**Padre/Tutor**
Empleado	☐No ☐ Sí Sueldo $_____ por hora Nombre del empleador: _____ Cuántas horas trabajadas a la semana _____	☐No ☐ Sí Sueldo $_____ por hora Nombre del empleador: _____ Cuántas horas trabajadas a la semana _____
Autónomo	Detalles del trabajo/explicación:	Detalles del trabajo/explicación:
Estado Educativo del(a) Padre/Madre	☐GED de la escuela secundaria ☐ Universidad ☐Programa de Capacitación Laboral ☐ Otro ☐Ninguno	☐GED de la escuela secundaria ☐ Universidad ☐Programa de Capacitación Laboral ☐ Otro ☐Ninguno
Desempleados, en busca de empleo	☐Estoy desempleada y no tengo ingresos. Por favor complete y firme la declaración debajo de esta tabla. ☐Si corresponde: por favor describa cualquier cambio en los ingresos en los últimos 12 meses (¿Despido? Si es así, ¿hace cuánto tiempo? ¿Desempleado? Si es así, ¿por cuánto tiempo?)	☐Estoy desempleado y no tengo ingresos. Por favor complete y firme la declaración debajo de esta tabla. ☐Si corresponde: describa cualquier cambio en los ingresos en los últimos 12 meses (¿Despido? Si es así, ¿hace cuánto tiempo? ¿Desempleado? Si es así, ¿por cuánto tiempo?)
El Nivel de Educación más alto	☐Menos que Diploma/GED ☐ GED ☐Diploma de escuela secundaria ☐ Título de 2 años ☐Título de 4 años ☐ Maestría o Superior	☐Menos que Diploma/GED ☐ GED ☐Diploma de escuela secundaria ☐ Título de 2 años ☐Título de 4 años ☐ Maestría o Superior

Ingresos de la Madre/Padre/Tutor - se requiere documentación de cada fuente de ingreso familiar aplicable. ***Se requiere un mes de recibos de pago como verificación.* (*Nota: No es obligatorio para los solicitantes de Pago Particular).***

Si está desempleado(a), firme a continuación:

Si corresponde: mis ingresos actuales son $0. He tenido ingresos de $0 desde el _____ (fecha en que comenzó el ingreso de $0).

Firma de la Madre _____ Fecha _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Ingresos de la Madre			**Ingresos del Padre**		
Salarios antes de impuestos	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Salarios antes de impuestos	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Pensión Alimenticia	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Pensión alimenticia	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Manutención de los Hijos	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Manutención de los hijos	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal

Compensación al Trabajador	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Compensación al Trabajador	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Desempleo	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Desempleo	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Work First/ Asistencia Temporal a las Familias Necesitadas	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Work First/ Asistencia Temporal a las Familias Necesitadas	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Seguro Social	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Seguro Social	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Seguro Social/ Discapacidad	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Seguro Social/ Discapacidad	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Beneficios de VA	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Beneficios de VA	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Anualidad de Pensión	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Anualidad de Pensión	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Apoyo a la Familia	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Apoyo a la Familia	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal
Otro: _____	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal	Otro: _____	$_____	☐Mensual ☐ Dos veces al mes ☐Quincenal/Cada dos semanas ☐Semanal

Describa cualquier circunstancia familiar inusual que deba considerarse para la inscripción de este(a) menor (es decir, abuso de sustancias, padre/madre encarcelado(a) o liberado dentro de los 6 meses, violencia doméstica, enfermedad física o mental en el hogar). Puede usar una hoja de papel aparte.

_____

_____

_____

Por favor, lea atentamente, ponga las iniciales en cada párrafo, firme y escriba la fecha en la última página:

_____ Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para recibir fondos del programa. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento según las leyes estatales aplicables.

_____ Entiendo que la colocación fuera del distrito no garantiza la colocación en el Kindergarten el siguiente año escolar.

_____ Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado(a) para participar, la participación de la familia es esencial. Mi familia cooperará con los programas para presentar la documentación necesaria y la solicitud de servicios adicionales.

_____ Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de mi familia.

_____ Entiendo que mi hijo(a) recibirá una evaluación del desarrollo y doy permiso para que mi hijo(a) también reciba exámenes de la vista, la audición, dentales y/o del habla y el lenguaje.

_____ Entiendo que si hay un cambio en la dirección, el número de teléfono o la asistencia de mi hijo(a) a cualquier tipo de atención con licencia, es mi responsabilidad notificar al programa e informarles de cualquier cambio.

_____ Entiendo que mi hijo(a) necesitará una evaluación de salud actualizada (dentro de un año de la inscripción en la escuela) que incluya la vista, la audición, el registro de vacunas y el examen dental, dentro de los primeros 30 días que asista a un programa. (El Formulario de Transmisión de Salud está disponible en la mayoría de los consultorios médicos del Condado de Burke, o a través de las Escuelas del Condado de Burke y Smart Start).

_____ Proporcionaré consentimiento por escrito para que el Centro de Cuidado Infantil obtenga registros médicos e informes de vacunación.

_____ Doy permiso para que el nombre, la imagen, el retrato, la semejanza o la voz de mi hijo(a) se utilicen con el propósito de exhibirlo en el centro, álbum de recortes, artículos de periódicos, transmisión de televisión, publicación en sitios web de programas de Pre-K y/o materiales impresos para uso de los programas de NC Pre-K en el Condado de Burke.

_____Entiendo que si mi hijo(a) es aceptado(a) en el Programa de Pre-Kindergarten de Carolina del Norte y/o en el Preescolar Head Start, la asistencia regular es necesaria para el beneficio completo del programa. El no mantener una asistencia regular podría poner en peligro su ubicación en el programa.

Ubicación Preferida: Por favor numere su primera, segunda y tercera opción de ubicación usando los números 1, 2 y 3.
Si bien se hará todo lo posible para ubicar a los niños elegibles en lugares preferidos, no podemos garantizar su primera elección. La inscripción previa en un programa no garantiza la colocación en ese mismo sitio.

Los sitios a continuación están sujetos a cambios debido a la financiación y la disponibilidad.
***Los solicitantes que solo estén interesados en el Preescolar Head Start seleccionarán Quaker Meadows Generations o Circle of Friends como su primera opción.**
Clasifique su preferencia (1-3) de la siguiente lista:

Centros Comunitarios con Preescolar Head Start y NC Pre-K					
	Circle of Friends (Preescolar Head Start y NCPK) 240 Bravard St. Rutherford College				**QM Generations QM (Preescolar Head Start y NCPK)** 800 N. Green St. Morganton
Centros Comunitarios de Cuidado Infantil – NC Pre-K					
	Creative Beginnings 113 Bost Rd. Morganton		**Giggles N Grins** 402 Mountain View Dr. Morganton		**Giggles N Grins 3** 525 Hopewell Rd. Morganton
Escuelas Públicas del Condado de Burke - NC Pre-K y Pago Particular					
	Drexel Pre-K 100 Alta Vista St. Morganton		**Forest Hill Pre-K** 304 Ann Street, Morganton		**George Hildebrand Pre-K** 8078 George Hildebrand School Rd. Connelly Springs
	Glen Alpine Pre-K 302 London St. Morganton		**Hildebran Pre-K** 703 US Hwy 70 Hildebran		**Hillcrest Pre-K** 201 Tennessee St. Morganton
	Icard Pre-K 3087 Icard School Rd. Connelly Springs		**Mountain View Pre-K** 805 Bouchelle Street, Morganton		**Mull Pre-K** 1140 Old NC 18 Morganton
	Oak Hill Pre-K 2363 NC Hwy 181 Morganton		**Ray Childers Pre-K** 1183 Cape Hickory Rd. Hickory		**Salem Pre-K** 1329 Salem Rd. Morganton
	Valdese Pre-K 298 Praley St. NW Valdese		**W. A. Young Pre-K** 325 Conley Rd. Morganton		

Si es aceptado(a) en un programa Preescolar Head Start o Comunitario, ¿necesitaría su hijo(a) cuidado antes o después de la escuela?
☐Sí ☐ No

Nombre del(a) niño(a) _____I.S.N.__ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Transporte y Cuidado Antes y Después de la Escuela
El transporte y los servicios de cuidado antes y después de la escuela no están incluidos en los programas NC Pre-K o Preescolar Head Start. El día escolar típico es de 7:50 a.m. a 2:30 p.m. El padre y la madre son responsables de hablar con el sitio de colocación de NC Pre-K para recibir información sobre la disponibilidad y las tarifas de cuidado antes y después de la escuela, si existen.

_____ Entiendo que la asistencia oportuna es una expectativa del programa.

_____ Entiendo que mi hijo(a) debe ser recogido(a) por la tarde a la hora designada.

Estoy interesado(a) en ser voluntario(a) en la escuela/aula de mi hijo(a). Puedo ☐ preparar materiales para el aula ☐ compartir una tradición familiar ☐ leerles a los niños ☐ hablar y responder preguntas sobre mi trabajo ☐ ayudar durante las celebraciones ☐ servir en un comité/consejo.
Nombre(s) _____

Si su hijo(a) asiste actualmente a un programa de cuidado infantil o a una escuela, por favor anote a continuación el nombre del plantel:

NOTA: <u>Se dará prioridad a los estudiantes que no estén actualmente inscritos en un centro de cuidado infantil de cuatro o cinco estrellas.</u>

_____ Entiendo que al completar esta solicitud mi hijo(a) no tiene garantizada la colocación y que puede estar en una lista de espera. La colocación depende de la disponibilidad de fondos de NC Pre-K que son asignados cada año por la Asamblea General de NC durante la sesión legislativa.

_____ Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para el Programa de NC Pre-K. El personal del programa puede verificar la información proporcionada. La tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento según las leyes estatales aplicables.

Firma del(a) Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____
(Mi firma en este formulario indica que toda la información es verdadera y correcta).

Relación con el(la) niño(a): _____

****TODAS las preguntas deben completarse para que su hijo(a) sea considerado(a). Por favor, compruebe que no haya preguntas sin respuesta.**
Si tiene dificultades con alguna parte de esta aplicación, por favor póngase en contacto con nosotros.

La información puede ser enviada por fax desde terceros a Smart Start al 828-439-2333.

<u>Entregue o envíe por correo las solicitudes completadas a:</u>	**<u>Preguntas y citas</u>**
Burke County Public Schools Attn: Jacquie Grady 325 Conley Road Morganton, NC 28655 o Burke County Smart Start Correo: PO Box 630 Morganton, NC 28680 **Las solicitudes también se pueden dejar en cualquier ubicación de NCPK.**	Escuelas Públicas del Condado de Burke Jacquie Grady Teléfono: 828-502-9941 Smart Start del Condado de Burke Teléfono: 828-439-2326 304 W. Union Street Morganton, NC 28655 Preescolar Head Start del Condado de Burke Teléfono: 828-438-6255