



# 2026-2027 Hoke County Schools NC Pre-Kindergarten Application Aplicación de Pre-Kinder en NC



## Student Information/Información del Estudiante

**First Name/Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Middle/Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Last/Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Complete Address/Dirección Complete: Street/Calle:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip Code/Código Postal:** \_\_\_\_\_

<b>Age/Edad:</b> _____ <b>Child must be 4 by August 31, 2026/ El (la) niño(a) debe tener 4 años para el 31 de agosto del 2025</b>	<b>DOB/ Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____ <b>Month Day Year</b> Mes Día Año	<b>Gender/Género:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	---	--

Is your child Hispanic or Latino?/¿Es su hijo(a) Hispano(a) o Latino (a)?  **Yes/Sí**  **No/No**

**Race/Raza:** Check all that apply/,arque todas las que apliquen)

**Black or African American/ Negro(a) o Afro Americano(a)**  **White/European American/ Blanco(a) o European Americano(a)**

**American Indian or Alaskan Native/ Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska**

**Native Hawaiian or Other Islander/ Nativo(a) Hawaiano (a) o de las islas del Pacifico**  **Asian/ Asiatico(a)**

## Family Contact Information/Información de Contacto de la Familia

**Mother/Step-mother's/Guardians Name/Nombre de la Madre/Madrastas/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Lives with child?/ ¿Vive con el(la) niño(a)?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Primary Phone Number/ Numero de Telefono Primario:** \_\_\_\_\_

**Alternate Number/ Numero Alternativo:** \_\_\_\_\_

**Email address/Correro Electronico:** \_\_\_\_\_

**Father/Step-father's/Guardian's Name/Nombre del Padre/Padrasto/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Lives with child?/ ¿Vive con el(la) niño(a)?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Primary Phone Number/ Numero de Telefono Primario:** \_\_\_\_\_

**Alternate Number/ Numero Alternativo:** \_\_\_\_\_

**Email address/Correro Electronico:** \_\_\_\_\_

**Is your child a resident of Hoke County?/ ¿Es su hijo(a) residente del Condado de Hoke?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Is your child a North Carolina Resident?/ ¿Es su hijo(a) residente de Carolina del Norte?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Is your child a U.S. Citizen?/ ¿Es su hijo(a) ciudadano(a) de los Estados Unidos?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Do you have other children in the Hoke County School System?/ ¿Tienes otros estudiantes en el Sistema Escolar del Condado de Hoke?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**If yes, what school(s) do they attend?/ ¿Si es así, a qué escuela(s) asisten?** \_\_\_\_\_

**Does your child speak another language other than English?/ ¿Habla su hijo(a) otro idioma que no sea inglés?**

**Yes/Sí**  **No/No**

**If yes, what language does your child speak at home?/ Si es así, ¿qué idioma habla su hijo(a) en casa?** \_\_\_\_\_

**Does your child need the Pre-K screening in/Necesita su hijo(a) la evaluación de Pre-K en:(please check one/ por favor marque uno)**

**English/Ingles**  **Spanish/Espanol**

**Family Demographics/ Datos Demográficos de la Familia**

**Only select the option(s) with whom the Pre-K Child resides/ Seleccione solo la opción(es) con la que vive el estudiante de Pre-K:**

- Mother's Name/ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_
- Step-Mother's Name/ Nombre del Madre: \_\_\_\_\_
- Father's Name/Nombre del Padre: \_\_\_\_\_
- Step-Father's Name/Nombre del Padreastro: \_\_\_\_\_
- Legal Guardian/ Guardian: \_\_\_\_\_
- Foster Parent/ Padre Adoptivo: \_\_\_\_\_
- Other Relative with Legal Custody/Guardianship/ Otro Pariente con Custodia Legal/Guardian: \_\_\_\_\_

**List the NCPK child first, followed by all minor siblings (up to the age 18 still attending high school) to include brothers, sisters, stepbrothers, stepsisters living in the home/ Enumere primero el nombre del estudiante de NCPK más todos los hermanos (hasta los 18 años todavía atendiendo la secundaria) incluyendo hermanos, hermanas, hermanastros y hermanastras que viven en el hogar: Add additional names on back of the application/ Añada los nombres adicionales en la parte posterior de la solicitud.**

Name Nombre	Relationship to NCPK Child/ Relación con el estudiante NCPK	School Escuela	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Gender Género
	NCPK Student				

**Number of immediate family living in the household/ Número de familia inmediata viviendo en el hogar:**  
 # Parent(s)/ # Padre(s) \_\_\_\_\_ # Children/ # Niños(as) \_\_\_\_\_ **Total/ Total** \_\_\_\_\_

**Prior Placement/ Ubicación Previa**

**Is your child at the present time in childcare or preschool?/ ¿Está su hijo(a) en este momento en cuidado infantil o preescolar?**

Yes/Sí  No/No

**If yes, please give the name of the childcare or preschool facility/ Si es así, indique el nombre del centro de cuidado infantil o preescolar:** \_\_\_\_\_ **How many days a week?/ ¿Cuántos días a la semana?:** \_\_\_\_\_

**Did your child attend childcare or preschool at the age of 3?/ ¿Su niño(a) asistió al cuidado infantil o preescolar a la edad de 3 años?**  Yes/Sí  No/No

**Name of the facility/ Nombre del lugar:** \_\_\_\_\_ **For how long?/ ¿Por cuánto tiempo?:** \_\_\_\_\_

**If not, has your child ever been served in a preschool or childcare setting?/ Si no es así, ¿alguna vez se le ha dado servicio a su niño(a) en un ambiente de preescolar o cuidado infantil?**  Yes/Sí  No/No

**For how long?/ ¿Por cuánto tiempo?:** \_\_\_\_\_

**Do you receive help or subsidy to pay for child care?/ ¿Recibe ayuda o subsidio para pagar el cuidado infantil?**

Yes/Sí  No/No

**Special Needs/ Necesidades Especiales**

**Does your child have an Individual Education Plan (IEP) through the Exceptional Children 's Program?/ Su hijo(a) tiene un Plan de Educación Individual (IEP) a través del Programa de Niños Excepcionales?**  Yes/Sí  No/No

**Does your child receive/ Su hijo(a) recibe:**  Speech/Terapia del Habla  Occupational and/or Physical Therapy/Terapia Ocupacional y/o Física

**Does your child have a chronic health condition or significant health concern diagnosed by a doctor?/ ¿Tiene su hijo(a) una condición de salud crónica o un problema de salud importante diagnosticado por un médico?**  Yes/Sí  No/No

**Please explain /Por favor explique:** \_\_\_\_\_

**Family Income/ Ingreso Familiar**

**Mother/Step-mother Name:** Nombre de la Madre/Madrastra: \_\_\_\_\_

**Place of employment/ Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Telephone/ Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Stay at home/ Quehaceres del hogar**  **Employed/Con Empleo**  **Seeking employment/Buscando Trabajo**

**Military/Militar**  **Retired/ Retirado**  **In job training/ En entrenamiento laboral**

**In post-secondary education/ En la universidad**  **In High School or GED Program/ En la Escuela Secundaria o el Programa de GED**

**Yearly Gross income/ Ingreso bruto anual:** \_\_\_\_\_ **Pay stubs/ Talones de cheques- Weekly(4)/Semanal(4):** \_\_\_\_\_

**Biweekly (2)/Quincenal (2):** \_\_\_\_\_ **Bimonthly/Bimensual:** \_\_\_\_\_ **Monthly/Mensual:** \_\_\_\_\_

**Father/Stepfather Name:** Nombre de la Padre/Padrastra: \_\_\_\_\_

**Place of employment/ Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Telephone/ Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Stay at home/ Quehaceres del hogar**  **Employed/Con Empleo**  **Seeking employment/Buscando Trabajo**

**Military/Militar**  **Retired/ Retirado**  **In job training/ En entrenamiento laboral**

**In post-secondary education/ En la universidad**  **In High School or GED Program/ En la Escuela Secundaria o el Programa de GED**

**Yearly Gross income/ Ingreso bruto anual:** \_\_\_\_\_ **Pay stubs/ Talones de cheques- Weekly(4)/Semanal(4):** \_\_\_\_\_

**Biweekly (2)/Quincenal (2):** \_\_\_\_\_ **Bimonthly/Bimensual:** \_\_\_\_\_ **Monthly/Mensual:** \_\_\_\_\_

**Legal Guardian Name:** Guardian: \_\_\_\_\_

**Place of employment/ Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Telephone/ Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Stay at home/ Quehaceres del hogar**  **Employed/Con Empleo**  **Seeking employment/Buscando Trabajo**

**Military/Militar**  **Retired/ Retirado**  **In job training/ En entrenamiento laboral**

**In post-secondary education/ En la universidad**  **In High School or GED Program/ En la Escuela Secundaria o el Programa de GED**

**Yearly Gross income/ Ingreso bruto anual:** \_\_\_\_\_ **Pay stubs/ Talones de cheques- Weekly(4)/Semanal(4):** \_\_\_\_\_

**Biweekly (2)/Quincenal (2):** \_\_\_\_\_ **Bimonthly/Bimensual:** \_\_\_\_\_ **Monthly/Mensual:** \_\_\_\_\_

**Does your family receive income or assistance from any of the following sources?/ ¿Recibe su familia ingresos o asistencia de alguna de las siguientes fuentes? (Check all that apply/Marque todas las que apliquen):**

**Unemployment Benefits/ Beneficios de Desempleo**  **Work First/ Trabajo Primero**  **Foster Care/ Cuidado de Crianza**

**Social Security(SSA)/ Beneficios de Seguro**  **Social Social Security (SSD)/ Discapacidad por Seguro Social**

**Supplemental Security Income (SSI)/ Ingreso Suplementario de Seguridad**  **Food Stamps/Estampillas de Comida**

**Medicaid/Medicare/NC Health Choice/Medicaid/Medicare/NC Health Choice**  **Veteran's Benefits/ Beneficios de Veterano**

**Military/ Militar**

**Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military?/ ¿Es al menos uno de los padres o guardián de este niño(a) un miembro activo de las fuerzas armadas?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**If yes, is this parent deployed?/ Si es así, ¿este padre está reubicado en el exterior?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Is this parent scheduled to deploy?/ ¿Está este padre programado para reubicarse en el exterior?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**Has a parent or legal guardian of this child been injured and/or is receiving military disability retirement or was killed while serving on active duty?/ ¿Algún padre o tutor legal de este(a) niño(a) ha sido lesionado y/o está recibiendo jubilación por discapacidad militar o fue asesinado mientras estaba en servicio activo?**  **Yes/Sí**  **No/No**

**No application will be processed until all of the required documentation has been submitted./** Ninguna aplicación será procesada hasta que toda la documentación requerida haya sido presentada.

**Completed Application (signed and dated)/** Aplicación Completa (firmada y fechada)

**Child's Certified Birth Certificate/** Certificado de Nacimiento del(la) niño(a)

**Child's Immunization Record/** Registro de Inmunización (vacunas) del(la) niño(a)

**Proof of Hoke County Residence (current mortgage statement/lease and current electric/water bill/** Prueba de domicilio (hipoteca/contrato de renta y factura reciente de luz/agua)

**Current Identification for Parent/** Identificación actual del Padre

**Proof of all sources of income (2025 W-2 or one month of current pay stubs)/** Comprobante de todas las fuentes de ingreso (W-2 del 2025 o un mes de talones de pago actuales)

**Additional Income: Food Stamps, Child Support, Alimony, Social Security Benefits, Retirement, etc./** Ingreso Adicional: estampillas de comida, manutención de menores, pensión alimenticia, Beneficios de Seguro Social, retiro, etc.

**Legal documentation for guardianship/custody if child is not living with biological parent/** Documentación legal para la tutela/custodia si el(la) niño(a) no vive con los padres biológicos

**Parent/Legal Guardian Signature/** Firme del Padre/Guardian

**I certify that I am the parent/legal guardian/custodian of the child whose name appears on this application. I certify that all of the above information is true and correct and that all income is accurately reported. I understand that my student must be a full time Hoke County resident in order to enroll in the Hoke County NC Pre-K Program. I understand that this information is being given for the receipt of state and/or federal funds; that NC Pre-K Officials may verify the information on this application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state laws. My signature also confirms that the information provided on this application is accurate and complete. Additionally, I understand that this is only an application for possible enrollment, and I will be notified if my child is accepted into the program./** Certifico que soy la madre/el padre/tutor legal/guardián del (la) niño(a) cuyo nombre aparece en esta aplicación. Certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados con precisión. Entiendo que mi estudiante debe ser residente del Condado de Hoke en orden de participar en el programa de NC Pre-K en el condado de Hoke. Entiendo que esta información se está dando para recibir fondos estatales y/o federales; que los oficiales de NC Pre-K pueden verificar la información de esta aplicación; y que la falsificación intencional de información puede someterse a un enjuiciamiento conforme a las leyes estatales aplicables. Mi firma además confirma que la información proporcionada en esta aplicación es precisa y completa. Además, entiendo que esta es solo una aplicación para una posible inscripción, y que se me notificará si mi hijo(a) es aceptado(a).

**Print Name**  
Nombre

**Signature**  
Firma

**Today's Date**  
Fecha de Hoy

**Office Use Only**

Location Application was Received: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Eligibility: \_\_\_\_\_ Priority: 1A 1B 1C 2B 2C

Health Assessment: \_\_\_\_\_ Dental Screening Date: \_\_\_\_\_

