



FOR OFFICE USE ONLY

DIAL Date: ___/___/___

Date Entered: ___/___/___

Assignment: _____

Ashe County NC Pre-Kindergarten Application 2026-2027

Aplicación Pre-Kinder del Condado de Ashe 2026-2027

Program is for children who will be four years old on or before August 31, 2026

para niños que tengan cuatros años cumplidos en o antes del 31 agosto, 2026

Please note: Only complete application packages will be accepted. All others will be returned

Atención: Solamente los paquetes completos serán aceptado. Los demás serán devueltos.

Child's full name/*el nombre completo del niño(a)*: _____
First Middle Last

Please check one/*por favor marque uno*: _____ **boy/niño** _____ **girl/niña**

Date of birth/*fecha de nacimiento del niño(a)*: **month/mes** _____ **day/día** _____ **year/año** _____

Ethnicity/etnia del niño(a)

Please mark only one / *Marque solo uno*: _____ **Hispanic/Latino:Hiispano/Latino**
 _____ **Not Hispanic/Latino: No Hiispano/Latino**

Please mark at least one/ *Por favor marque por lo menos uno*:

_____ **White/European (Blanco/Europeo)** _____ **Black/African (Negro/Africano)**
 _____ **Native Hawaiian/Pacific Islander (Nativo de Hawaii/Islas Pacificas)** _____ **Asian (Asiático)**
 _____ **Native American/Alaskan (India Americano/Nativo de Alaska)**

Demographics/Demoográficas

Is child a U.S. citizen?/*Es hijo de un ciudadano de EE.UU.?* _____ **Yes/Sí** _____ **No/No**

Is child a North Carolina a resident?/*Es hijo de un residente NC?* _____ **Yes/Sí** _____ **No/No**

911 Address/*Dirección* _____

Mailing Address (if different from 911 address)/*Dirección postal (si es diferente a la dirección 911)* _____

Phone number/*Teléfono*: Home: _____ Cell: _____

E-mail address/*Correo electrónico*: _____

Is family homeless (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)? _____ **Yes/Sí** _____ **No/No**
Está desamparada su familia (temperalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares o en un hotel)?

How will family make sure the child gets to school? ¿Como va usted a trasportar o traer a su nino (a) a la escuela?

Father's Name/Nombre del padre: _____

Mother's Name/Nombre de la madre: _____

Does the child live with an adult blood relative or with a non-relative (other than their biological parents) who has legal custody or guardianship?

_____ Yes/Sí If Yes, Guardian's Name: _____

Documentation of custody arrangements must be provided.

_____ No /No

Is parent/guardian an active-duty member of the military or was parent/legal guardian seriously injured or killed while on active duty? /¿Es uno de los padres o el 2ilitary del niño(a) miembro 2ilita del servicio 2ilitary o fue esta persona herida grávamente o perdió la vida mientras estaba 2ilita in el servicio 2ilitary?

_____ Yes/Sí If yes, documentation must be provided.

_____ No /No

How well does your child speak English?/¿Cómo de bien habla inglés su niño(a)?

_____ very well/muy bien _____ well/bien _____ not well/no muy bien _____ not at all/en absolute

Does your child have an IEP (Individualized Education Plan)? _____ Yes/Si _____ No/No

¿Tiene su niño(a) un IEP (Plan de Educación Individualizado)?

Is your child receiving services related to disability? _____ Yes/Si _____ No/No

¿Este niño recibe servicios relacionados con la discapacidad?

If yes, then specify type of services/ En caso afirmativo, indicar el tipo de de los servicios:

**If yes, please check and sign below/Si, sí, por favor marque y firma lo siguiente.

Has this child been referred for services related to a disability? _____ Yes/Si _____ No/No

Se ha referido a este niño para los servicios relacionados con la discapacidad?

_____ I give permission for ACPSS (Ashe County Public School System) to provide a copy of the IEP to NC Pre-K partnering agencies./Le doy mi permiso a ACPSS para dar una copic del IEP a otras agencias asociadas de NC PK.

_____ I do not give permission for ACPSS to provide a copy of the IEP to NC Pre-K partnering agencies./ No le doy mi permiso al ACPSS para dar una copia del IEP a otras agencias asociadas de NC Pre-K.

**Signature/Firma _____

Does your child have a physical challenge or chronic illness? _____ Yes/Sí _____ No/No

¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad fscia o una enfermedad crónica?

Please list/Por favor escribe: _____

Family Size/ Tamaño de la familia

Parents/Step-Parents/Legal Guardians in Household/ Padres/Padrastrros/Tutores legales en el hogar

Name/ Nombre	Relationship to child/Relación con el niño Father, Mother, Guardian/Padre, Madre, Guardian)

Siblings *under 18 years* of age in Household / Hermanos and hermanas menores de 18 años en el hogar

Sibling's Name Nombre del hermano/hermana	Brother/Sister? Hermano/Hermana?	Date of Birth Fecha de nacimiento

Total Family Size/Total Tamaño de la familia: _____

Childcare Information/Información de cuidado de niños

Check **ALL** that apply/Marque todo lo que corresponda

- Child has never attended any preschool, Head Start or child care program/**
Su niño(a) nunca ha asistido a ningún programa preescolar, Head Start o de cuidado infantil
- Child is not currently attending (is at home now - but may have attended in the past)/**
Su niño(a) no asiste actualmente (está en casa ahora, o puede haber asistido en el pasado)
- Child was identified during recruitment efforts and has been served in a child care situation for 5 months or less in the year prior to NC Pre-K age eligibility /**
Su niño(a) fue identificado durante esfuerzos de reclutamiento y ha sido servido en una situación de cuidado de los niños durante 5 meses o menos en el año de elegibilidad de edad del programa NC Pre-K.
- Child is currently attending a child care program, family child care home, preschool Head Start Program for more than 10 hours per week/ Asiste su niño(a) a cuidado de niños, jardín infantil o programa de Head Start, 10 o mas horas semanales.**
Name of Program/El nombre del programa: _____
- Child has subsidy voucher/su niño(a) tiene un comprobante de subsidio.**
- Child is on Ashe County Child Care Subsidy waiting list/**
Su niño(a) esta en la lista de esperade subsidio de Servicios Humanos del Condado de Ashe

Financial Information/Información financiera

Your child's application for a funded NC Pre-K slot cannot be processed without the completion of this form and documentation of income. A copy of your tax return for the year 2025 is preferred. If that is not available, copies of the 4 most recent check stubs (showing gross income) for each parent/guardian is required.

Documentation of each applicable source of family income is required.

Mother's/Stepmother's/Guardian's Name/Nombre de la madre / madrastra / tutor: _____

Employed?/¿Empleado? Yes/Si No/No Hours per week/Horas por semana: _____

Place of Employment/Lugar de trabajo: _____

		Please circle all that apply
Current Wages BEFORE taxes	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Alimony (Received)	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Child Support (Received)	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Workers' Comp	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Unemployment	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
SSI/TANF/Work First	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Other:	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly

Father's/Stepfather's/Guardian's Name/Nombre del padre / padrastro / tutor: _____

Employed?/¿Empleado? Yes/Si No/No Hours per week/Horas por semana: _____

Place of Employment/Lugar de trabajo: _____

		Please circle all that apply
Current Wages BEFORE taxes	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Alimony (Received)	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Child Support (Received)	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Workers' Comp	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Unemployment	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
SSI/TANF/Work First	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly
Other:	\$	This amount is: Yearly Monthly 2x Monthly B-Weekly Weekly

Total Household Income	\$	This amount is: Yearly Monthly Twice Monthly Bi-Weekly Weekly
-------------------------------	-----------	--

Do you get support or receive services from any of the following? (Check all that apply.)

Recibe soporte o recibe servicios de alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Food Stamps (Cupones de alimentos) | <input type="checkbox"/> In Foster Care (En cuidado de crianza) |
| <input type="checkbox"/> Public Housing (Vivienda pública) | <input type="checkbox"/> SNAP (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Child Care Subsidy (Subsidio de cuidado infantil) | <input type="checkbox"/> WIC (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Seguro de enfermedad) | |

Must provide a copy of card. (Deberá aportar copia de la tarjeta.)

SIGNATURE PAGE

- I certify that all of the information provided in this application is true to the best of my knowledge.
- I understand I am responsible for contacting the Ashe County NC Pre-K office (336-846-3221) with any information that changes (phone number, address, work status, income, etc...).
- I give permission for all information provided on this application to be used to determine my child's eligibility for the NC Pre-K Program.
- I understand that my child's application will not be processed until all required documentation has been provided.
- I understand that my child's application is for an NC Pre-K funded slot in Ashe County – not to a particular site.

Parent/Guardian Signature (Required) _____ **Date:** _____

- *Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.*
- *Entiendo que soy responsable de comunicarme con la oficina de Pre-K de Carolina del Norte del condado de Ashe (336-846-3221) con cualquier información que cambie (número de teléfono, dirección, situación laboral, ingresos, etc.).*
- *Doy permiso para que toda la información proporcionada en esta solicitud se utilice para determinar la elegibilidad de mi hijo para el programa NC Pre-K.*
- *Entiendo que la solicitud de mi hijo no se procesará hasta que se haya proporcionado toda la documentación requerida.*
- *Entiendo que la solicitud de mi hijo es para una plaza financiada por NC Pre-K en el condado de Ashe, no para un sitio en particular.*

Firma del padre/tutor (obligatoria) _____ **Fecha:** _____

Should your child not qualify for a funded slot under current NC Pre-K guidelines, would you want your child to be considered for a private pay slot?

_____ YES _____ NO