

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

Género del(a) Niño(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Su hijo(a) es hispano(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condado de Residencia	<input type="checkbox"/> Burke <input type="checkbox"/> Otro
Raza (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Birracial <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro
¿Su hijo(a) es residente de NC?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo(a) es ciudadano estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El niño o la niña reside con:	<input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Madre y Padre (incluye padrastros) <input type="checkbox"/> Custodio/Tutor Legal (por favor proporcione documentación legal) <input type="checkbox"/> Hogar de Paso <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cuál idioma usa su hijo(a) con más frecuencia para comunicarse?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cuál(es) idioma(s) se usa(n) con frecuencia en su hogar?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El(La) niño(a)/familia está siendo atendido(a) actualmente por los Servicios de Protección Infantil?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, residiendo actualmente con el padre y/o madre <input type="checkbox"/> Sí, actualmente en un Hogar de Paso (por favor, proporcione documentación legal) <input type="checkbox"/> 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):	<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos/SNAP <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> IEP/IFSP <input type="checkbox"/> En hogar de paso <input type="checkbox"/> Bajo el cuidado de un(a) pariente <input type="checkbox"/> Esperando bebé <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> TANF/Trabajar Primero. <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, más de 12 meses <input type="checkbox"/> Sí, menos de 12 meses Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> En casa propia, casa alquilada o apartamento <input type="checkbox"/> En un hotel o motel <input type="checkbox"/> Con amigos o familiares - Explique: _____ _____ <input type="checkbox"/> En otras circunstancias - Explique: _____ _____ <input type="checkbox"/> Hospital 30 días o menos
<input type="checkbox"/> 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 _____	

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

	Dirección del Padre o Madre	Teléfono del Padre o Madre	Correo electrónico (las notificaciones se enviarán por correo electrónico)
Nombre de la Madre/Tutor: _____	<input type="checkbox"/> Igual que el(la) niño(a) <input type="checkbox"/> Otra _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre del Padre/Tutor: _____	<input type="checkbox"/> Igual que el(la) niño(a) <input type="checkbox"/> Otra _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> 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)

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

<p>¿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 solicitud.</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>_____</p>	<p>Haga una lista de los medicamentos que toma para las necesidades de atención médica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Su hijo(a) tiene una necesidad educativa o de desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Comparta cualquier otra información que tenga una relación directa con la garantía de un tratamiento médico seguro para su hijo(a):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>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.</p>
<p>¿Su hijo(a) está recibiendo servicios para una necesidad del desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p>	
<p>¿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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, favor incluir una copia) <input type="checkbox"/> IEP con las Escuelas del Condado de Burke <input type="checkbox"/> IEP no está en las Escuelas del Condado de Burke y el(la) padre/madre proporcionarán una copia con la solicitud.</p>	<p>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.</p>
<p>Enumere las alergias, los síntomas y el tipo de respuesta necesaria para las reacciones alérgicas: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Enumere las necesidades o inquietudes de atención médica, los síntomas y el tipo de respuesta a estas necesidades o inquietudes de atención médica: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Enumere cualquier temor particular o característica de comportamiento única que tenga el(la) niño(a): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿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?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, por favor proporcione documentación)</p>	

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

<p>Mi hijo(a) ha asistido a un centro de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Asistiendo actualmente, pagado por la familia <input type="checkbox"/> Asistiendo actualmente, pagado por bono de subvención <input type="checkbox"/> Asistió anteriormente, pero no está inscrito(a) actualmente</p>	<p><input type="checkbox"/> Solicité subsidio y estoy en lista de espera <input type="checkbox"/> No tengo derecho al subsidio</p>
---	--	--

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.N. ___ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

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).

Ingresos de la Madre			Ingresos del Padre		
Salarios antes de impuestos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Salarios antes de impuestos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Pensión Alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los Hijos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Manutención de los Hijos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al Trabajador	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Compensación al Trabajador	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/ Discapacidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Seguro Social/ Discapacidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Beneficios de VA	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Beneficios de VA	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Anualidad de Pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Anualidad de Pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Otro: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	Otro: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal/Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal

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 _____

Situación Laboral del(a) Padre/Madre/Tutor

Nota: No es obligatorio para los solicitantes de Pago Particular.

	Madre/Tutora	Padre/Tutor
Empleado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sueldo \$ _____ por hora Nombre del empleador: _____ Cuántas horas trabajadas a la semana _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> GED de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> GED de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Desempleados, en busca de empleo	<input type="checkbox"/> Estoy desempleada y no tengo ingresos. <input type="checkbox"/> 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?)	<input type="checkbox"/> Estoy desempleado y no tengo ingresos. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Menos que Diploma/GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o Superior	<input type="checkbox"/> Menos que Diploma/GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o Superior

Describe 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).

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.N. ___ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ 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.

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

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

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

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.

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

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

_____ 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.

<p><u>Entregue o envíe por correo las solicitudes completadas a:</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</p> <p>Las solicitudes también se pueden dejar en cualquier ubicación de NCPK.</p>	<p><u>Preguntas y citas</u> 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</p>
---	---