

NC Pre-K es un programa estatal de calidad, diseñado para fortalecer las habilidades académicas y sociales de los niños de cuatro años. El programa gratuito se enfoca en cinco dominios de desarrollo basados en Fundamentos de Carolina del Norte para el Aprendizaje y Desarrollo Temprano. Los niños deben cumplir cuatro años el 31 de agosto de 2020 y la familia debe reunir las pautas de ingresos. Detalles en www.theAllianceforChildren.org bajo NC Pre-K.

El programa de Pre-K Título I de UCPS es un programa de día completo diseñado para brindar un programa de aprendizaje centrado en el niño, para asegurar que todos los niños entren al kínder listos para aprender. Para ser elegible para el programa gratuito, los estudiantes deben demostrar la necesidad de experiencia educativa como se indica en el examen de pre-kínder aprobado por el estado. Los niños deben cumplir cuatro años el 31 de agosto de 2020.

Su paquete de solicitud debe incluir (marque a medida que reúne documentos):

- Este formulario de solicitud completo Una copia del certificado de nacimiento del niño
- Si es el tutor legal, el custodio o Foster proporcione documentos legales
(el ingreso de los padres adoptivos no cuenta para la elegibilidad de NC Pre-K)
- Dos pruebas del domicilio (ejemplos: factura de servicios públicos reciente, tarjeta de seguro, licencia de conducir con el nombre de los padres / dirección en el condado Unión)
- Comprobante de ingresos del hogar (proporcionar copias de todas las fuentes de ingresos del ingreso familiar actual): cuatro talones consecutivos de cheques, o 2019 W2 la declaración de impuestos de 2019. Incluya documentos que prueben la pensión alimenticia, SSA, SSDI, manutención infantil, discapacidad, desempleo, etc. Marque todos los números de seguro social. Si se paga en efectivo, proporcione una declaración firmada y fechada del empleador que enumere el nombre del empleado, las horas trabajadas y los ingresos semanales con el nombre comercial, el contacto del supervisor, nombre y firma y número de teléfono para verificación.
- Opciones de sitio y formulario de elegibilidad – clasificación del sitio (colocación de niños se basa en la elegibilidad del programa y el espacio disponible)

Información del estudiante

Por favor, complete cada línea claramente

Primer Nombre:	Segundo Nombre	Apellido
----------------	----------------	----------

Dirección Completa:	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-------	--------	--------	---------------

Edad: _____ <i>El niño debe tener 4 años antes del 31 de agosto de 2020</i>	Fecha de nacimiento del niño _____/_____/_____ Mes Día Año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma que el niño suele hablar en casa y con amigos :
--	--	--	---

Raza: (marque TODO lo que corresponda): Negro/Africano Americano Blanco / latinoamericano Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / Otras islas del Pacífico Asiático Otra raza (especifique): _____ Etnicidad: Hispano/Latino No- Hispano/Latino

¿Tiene este niño un padre que está sirviendo activamente en el ejército o herido durante el servicio militar? No Si (incluir LES militar o documentación/ el niño es elegible para NC Pre-K independientemente de los ingresos familiares con documentación militar y todos los demás documentos requeridos)

EL niño vive con: Ambos padres Madre Padre Otro _____ Padre adoptivo* Tutor legal o custodio legal * (*adjuntar copias de documentos legales)

¿Asistió el niño a una guardería a los 3 años? No Si
¿Quién cuida ahora a este niño durante el día? Liste de sitio o cuidador aquí: _____

¿Tiene su hijo una condición de salud crónica o un problema de salud significativo diagnosticado por un médico? No Si Explicar _____

¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individual activo? (IEP)? No Si * (Si supera los requisitos de ingresos de NC Pre-K, incluya una copia del plan de apoyo médico o IEP con la solicitud)

¿Recibe su hijo servicios de apoyo para hablar, una necesidad especial o discapacidad? No Si _____habla _____OT _____PT Otro _____

¿Dónde? UCPS (sitio) _____ Proveedor de servicios privados (empresa): _____

Le preocupa el desarrollo de su hijo (aprendizaje, habla, ¿audición o comportamiento)? No Si Preocupación? _____

Complete cada línea con los miembros de la familia que viven en el hogar del niño.

Escriba claramente

Madre Madrastra Tutor/Guardián Femenino Nombre Completo: _____

Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) La misma del niño Dueño _____ Renta _____ Vivir con un familiar _____
Otro _____

Casa #:	Trabajo #	Celular #
---------	-----------	-----------

* Correo electrónico - escribir claramente	Empleador	Ingreso semanal (antes de impuestos) \$
--	-----------	--

Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/> Empleado # horas por semana?	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Asiste al colegio, donde? _____
	<input type="checkbox"/> En la escuela secundaria / programa GED	<input type="checkbox"/> En entrenamiento labora	

Nombre del niño:		
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastró Nombre	Apellido	Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> La misma del niño
<input type="checkbox"/> Tutor legal masculino		

Correo electrónico del padre:	Teléfono del padre / cuidador masculino #:	# de Teléfono del trabajo:
<input type="checkbox"/> Empleado ¿Cuántas horas por semana?? _____ Empleador: _____	Padre/Cuidador Masculino: Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela, donde? _____ <input type="checkbox"/> Entrenándose <input type="checkbox"/> En la secundaria, programa GED	Ingresos semanales del padre antes de impuestos \$

Liste el nombre de los padres, padrastró/madrastra, tutor legal, hermanos, medio hermanos/as, y hermanastros que viven en el hogar con el niño

Escriba claramente – Nombre y Apellido	Relación con el niño que va a Pre-K Edad y fecha de nacimiento	Escuela a la que asisten los hermanos
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Si hay más, adjunte la lista con la solicitud

Total de miembros de la familia mencionados anteriormente (incluye estudiante de Pre-K) _____

Información del Contacto de Emergencia: Un miembro de la familia para contactar si no se puede contactar a los padres en una emergencia

Contacto de Emergencia:	Relación con el niño:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:
	Celular:

Encuesta del idioma del hogar Su hijo será evaluado en el idioma que indique a continuación * Responda teniendo esto en cuenta.

¿Idioma que el niño aprendió a hablar?	¿Segundo idioma?	¿Mas utiliza? *
¿Idioma primario de la mamá?	¿Segundo idioma?	¿Primario del Padre?
		¿Segundo Idioma?

- Doy mi permiso para que los maestros de NC Pre-K, UCPS, Title I Pre-K y / o el personal de apoyo en el aula compartan documentos, discutan el progreso de mi hijo y las necesidades de apoyo en el aula o en el exterior para servir mejor a mi hijo.
 - Entiendo que esta solicitud es para una posible inscripción siguiendo las pautas de elegibilidad de Title 1 y / o NC Pre-K.
 - Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y / o grabado en video para su exhibición, álbum de recortes, artículos periodísticos y / o publicación en las redes sociales, Facebook o sitios web.
 - Acepto que mi hijo asistirá a Pre-K a tiempo y de manera regular y que trabajaré en equipo con los maestros y el personal de mi hijo. Si mi hijo es inscrito, el primer día de clases, se debe proporcionar al sitio, los registros actualizados de vacunas de mi hijo y un formulario de examen físico / dental completado por un médico.
- Formularios de salud y exámenes dentales www.theAllianceforChildren.org bajo NC Pre-K y www.ucps.k12.nc.us bajo Pre-K.

Mi firma a continuación certifica que toda la información en esta solicitud y los documentos que proporcioné es precisa, verdadera y completa.

Firma de la madre/cuidador: X _____ Fecha _____ No recibo ingresos de ningún tipo _____ Iniciales aquí

Firma del Padre/Cuidador: X _____ Fecha _____ No recibo ingresos de ningún tipo _____ Iniciales aquí

(Se requiere la firma del padre si un hogar monoparental y / o el padre no están empleados en el momento de la solicitud.)

Los paquetes de solicitud completos se pueden enviar por correo, fax o enviar a:



NC Pre-K ~2661 W. Roosevelt Blvd., Suite A ~ Monroe NC 28110
Teléfono: 704-238-8917 o 704-226-1407 Fax: 704-226-1369

Lea las "Preguntas frecuentes" en NC Pre-K:

<https://theallianceforchildren.org/>

Se aceptarán solicitudes completas hasta el **20 de marzo de 2020** en cualquiera de nuestras escuelas Title I o por fax a la Oficina de Title I al 704-296-5009

Escuelas Title I

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Benton Heights School of the Arts | Sardis Elementary |
| East Elementary | Union Elementary |
| Marshville Elementary | Walter Bickett Elementary |
| Rock Rest Elementary | Wingate Elementary |
| Rocky River Elementary | |



OPCIONES DEL SITIO PARA PRE-K Y FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD COMPLETAR Y DEVOLVER CON LA APLICACIÓN

Nombre del niño: Nombre _____ Apellido _____

- Los programas están diseñados para fortalecer las habilidades académicas y sociales de los estudiantes en un entorno basado en el juego.
- Los estudiantes deben tener cuatro años hasta el 31 de Agosto de 2020. La ubicación de los estudiantes se basa en la elegibilidad del programa y la disponibilidad de espacio. Se le puede ofrecer una opción diferente o agregarlo a una lista de espera. Las clases están limitadas a dieciocho estudiantes.
- Al momento de la inscripción, la familia debe proporcionar los registros de vacunas actuales y una evaluación de salud / dental en el formulario DPI con fecha entre el 1 de septiembre de 2019 y el 1 de septiembre de 2020.

<p>* A continuación, revise cuidadosamente el sitio, el programa y la información de transporte. Clasifique los sitios # 1, 2 o 3 según las necesidades de elegibilidad, programación y transporte de su familia. El programa de Pre-K sigue los horarios de las escuelas públicas, incluyendo los días de trabajo y los descansos.</p>	Clase Horas	#1, #2, o #3
--	--------------------	---------------------

Pre-K Title 1 Pre-K - Escuelas Públicas del Condado Unión

Solicitudes recibidas hasta el 20 de Marzo de 2020: – cartas con cita para evaluación se envían por correo en Abril 2020.
 Para preguntas sobre el programa, llame a la oficina Title 1 Pre-K al 704-296-0152.

- Para ser elegible para la ubicación en estas escuelas, los estudiantes deben demostrar la necesidad de experiencia educativa como se indica en el examen de Pre-K aprobado por el estado. Solo se puede ubicar a dieciocho estudiantes en cada escuela.
- Las Escuelas Públicas del Condado Unión ofrecen transporte dentro del distrito escolar del hogar del niño. (*)
- UCPS no ofrece cuidado extendido (antes o después de la escuela) para estudiantes de Pre-K.

Escuela Primaria Benton Heights (*)	1200 Concord Ave., Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria East (*)	515 Elizabeth Ave., Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria Marshville (*)	515 North Elm St., Marshville	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria Rock Rest (*)	814 Old Pageland Monroe Rd., Monroe	Title 1	7:30-2:15	
Escuela Primaria Rocky River (*)	500 N. Rocky River Rd., Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria Sardis (*)	4416 Sardis Church Rd., Monroe	Title 1	8:15-2:45	
Escuela Primaria Union (*)	5320 White Store Rd., Wingate	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria Walter Bickett (*)	830 Martin Luther King Blvd. S, Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Escuela Primaria Wingate (*)	301 Bivens St., Wingate	Title 1	7:30-2:00	

NC Pre-Kindergarten – Alliance for Children

Las solicitudes son bienvenidas todo el año, pero el espacio en el aula y el sitio son limitados; se recomienda la aplicación de primavera / verano. Si tiene preguntas sobre el programa, llame a la oficina de NC Pre-K al 704-226-1407.

- Para ser elegible, las familias deben cumplir con pautas de ingresos estatales. (Si los ingresos exceden, el niño puede ser elegible con el estado militar activo de los padres, el apoyo para el dominio del idioma Inglés o la necesidad documentada de apoyo del niño, como habla o retraso del desarrollo)
- Para más detalles revise la tabla de ingresos en www.theallianceforchildren.org bajo NC Pre-K.
- Los sitios de NC Pre-K (^) ofrecen transporte si la familia reside dentro de un pequeño radio del centro de Monroe.
- Los sitios de NC Pre-K (**) ofrecen atención extendida antes y después del horario escolar por una tarifa. Se deben hacer arreglos con el director de cada sitio antes de que comience la escuela.

A Plus Childcare & Learning Center (^) (**)	109 Camelia Dr., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Childcare Network 121 (**)	780 Sutton Place, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
ChildTime Indian Trail (**)	120 Business Park Dr., Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00	
ChildTime Monroe (**)	1714 N. Charlotte Ave., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Escuela Primaria Indian Trail	200 Education Rd., Indian Trail	NC Pre-K	7:00-1:40	
Kids R Kids (**)	5549 Potter Rd., Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00	
Matthews KinderCare	15000 Lawyers Rd., Matthews (Union Co.)	NC Pre-K	7:30-2:00	
Oakboro Kid's Club (Union/Stanly) (**)	206 N. Main St, Oakboro	NC Pre-K	7:45-2:15	
Walter Bickett Education Center (^)	501 Lancaster Ave., Monroe	NC Pre-K	7:00-1:30	
Escuela Primaria Waxhaw	1101 Old Providence Rd., Waxhaw	NC Pre-K	7:30-2:00	
Weekday Children's Ministries (^) Bus \$7/wk.	801 S. Hayne St., Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Wingate Baptist (**)	108 E. Elm St., Wingate	NC Pre-K	7:30-2:00	



Enero 2016

EVALUACION DE SALUD EN CAROLINA DEL NORTE

Esta forma y la información contenida en ella será mantenida en los archivos de la escuela. Esta información es confidencial.

(Approved by North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

(Apellidos)

(Primer nombre)

(Segundo Nombre)

M F

Nació (fecha) (Mes/Día/año):

Nombre de la Escuela:

Hispanic/Latino:

1 SI 2 NO

Raza:

- 1 No Blanco (Otro)
- 2 Blanco
- 3 Afro-Americano
- 4 Indio Americano
- 5 Chino

- 6 Japonés
- 7 Hawaiano
- 8 Filipino
- 9 Asiático (Otro)
- 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Información de los Padres/Guardián o persona que le cuida.

Teléfono:

Casa (Home):

Trabajo (Work):

Celular (Cell Phone):

Información de Problemas de Salud para el conocimiento de personas autorizadas (Administradores, maestros y otro personal que necesite saber esta información):

EL PROFESIONAL DE SALUD COMPLETA ESTA SECCION

Medicamentos prescritos al estudiante:

Alergias y respuesta requerida:

Dieta especial:

Recomendaciones de Salud para mejorar el rendimiento del estudiante:

Examen de Visión: Pasó el

Examen SI NO

Posibles Problemas





Enero 2016

Recomendaciones, preocupaciones, necesidades de salud del estudiante y seguimiento:

La Escuela tiene que hacer seguimiento **SI** **NO**

Comentarios por parte del Profesional de Salud:

Incluya otras formas de salud:

Registro de Vacunación:

Autorización para dar medicamentos:

Plan de cuidado (Diabetes):

Plan de Acción (Asma-Asthma):

Plan de Cuidado para otras condiciones:

Certificación por parte del Profesional de Salud

Yo certifico que he realizado una evaluación de salud en el estudiante arriba mencionado de acuerdo a los requerimientos G.S. 130^a-440(b), que incluye historial médico y examinación física, incluyendo exámenes de visión y audición y si es adecuado, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información en esta forma es correcta y completa a mi mejor saber.

Nombre (Name): _____ Título (Title): _____

Firma (Signature): _____ Fecha (Date) (m/d/yyyy): _____

Nombre de la Clínica o Consultorio:		Dirección de la Clínica:		
-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

Practice/Clinic City:	State:	Zip:	Phone:	Fax:
-----------------------	--------	------	--------	------

Provider Stamp Here:



Dental Screening Form – Forma de Evaluación Dental

Cuando se hacen los exámenes de salud para niños de Pre-Kinder, use la forma KHA. También debe completar una **Evaluación Dental** (10A NCAC 09 .3005 Evaluación de Salud Infantil).

Nombre del Niño: _____	
Nació (fecha): ____/____/____	
Sexo: Masculino	Femenino
Padre o Guardián: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	
Teléfono: _____	Escuela/Pre-Kinder: _____

Nombre de la persona que realizó la examinación _____ Fecha ____/____/____

Clínica/Consultorio _____

Teléfono _____

Título Profesional (marque uno):

- Dentista
- Higienista Dental
- Doctor (Physician)
- Asistente de Doctor (Physician Assistant)
- Enfermera Registrada (Registered Nurse)
- Otro Profesional de Salud: _____

Caries en la Niñez Temprana:

- No hay caries o decaimiento dental actualmente, no se detectó problema
- Hay caries o decaimiento dental, necesita atención dental (Explique)
- Necesita Cuidado Urgente (explique)

Comentarios:

Firma (Signature) _____

Fecha (Date) _____