

NC Pre-Kindergarten es un programa estatal de calidad, diseñado para fortalecer las habilidades académicas y sociales de los niños de cuatro años.

Los niños deben cumplir cuatro años el 31 de Agosto de 2021.
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.

Los estudiantes deben demostrar una necesidad de experiencia educativa como se indica en la evaluación para Pre-K aprobada por el estado para el programa gratuito.
Los niños deben tener cuatro años al día o antes del 31 de Agosto de 2021.

Para determinar si su hijo es elegible, por favor proporcione esta documentación:

- Este formulario de solicitud completo Si es el tutor legal, el custodio o Foster proporcione documentos legales
- Copia del certificado de nacimiento del niño (el ingreso de los padres adoptivos no cuenta para la elegibilidad NC Pre-K)
- Dos pruebas del domicilio (ejemplos: factura de servicios públicos, 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 2020 W-2 o declaración de impuestos 2020. 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 – ranking del sitio principal (colocación de niños se basa en la elegibilidad del programa y el

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 2021</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 de edad? 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 ingresos de NC Pre-K, incluya una copia del plan de apoyo médico o IEP con la solicitud)

¿Actualmente recibe su hijo servicios de apoyo para hablar, 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:

Empleado # horas por semana? _____

Desempleado Buscando trabajo Asiste al colegio, donde?
 En la escuela secundaria / programa GED En entrenamiento laboral Otro

Nombre del Niño

Padre Padrastro
 Tutor legal masculino

Nombre

Apellido

Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) La misma del niño

Correo electrónico del padre:

Teléfono del padre / cuidador masculino #:

de Teléfono del trabajo:

Empleado ¿Cuántas horas por semana?? _____

Empleador _____

Padre/Cuidador Masculino: Marque todo lo que corresponda: Desempleado

Buscando trabajo Asiste a la escuela, donde? _____

Entrenándose En la secundaria, programa GED

Ingresos semanales del padre antes de impuestos \$

Liste el nombre de los padres, padrastro/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: Indique un miembro de la familia, si no es posible localizar 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 utilizado? *

Idioma primario de la mama?

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 inscribo a mi hijo, proporcionare los registros de vacunación (vacunas) actualizados y un formulario de examen físico / dental completado por un médico.

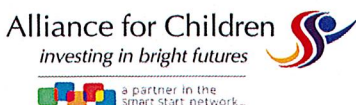
Formularios de salud y exámenes dentales www.theAllianceforChildren.org bajo NC Pre-K y www.ucps.k12.nc.us para Pre-K.

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

Firma del padre/cuidador: X _____ Fecha _____ No recibo ingresos de ningún tipo _____ Iniciales

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



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

Lea las "Preguntas frecuentes" NC Pre-K en:
<https://theallianceforchildren.org/>

Se aceptarán solicitudes completas hasta el
19 de Marzo, 2021 en la Oficina Central de UCPS
o por fax/correo a la Oficina Title I al 704-296-5009

UCPS Central Office

400 N. Church Street, Monroe, NC 28112

UCPS Title I Office

501 Lancaster Avenue, Monroe, NC 28112



Nombre del niño: Nombre _____ Apellido _____

Padres: A continuación, lean la información sobre elegibilidad, opciones del sitio y transporte para ambos programas.

- De acuerdo con elegibilidad, programación y las necesidades de transporte de su familia, elija tres posibles sitios.
- Devuelva este formulario con la solicitud y todos los documentos requeridos en la solicitud.

Ambos programas de Pre-K siguen el calendario tradicional de UCPS.

Title 1 Pre-Kínder – Escuelas Públicas del Condado Unión – Aplicar hasta el 19 de March.

Para ser elegible para el Pre-K de Title I, los estudiantes deben demostrar la necesidad de experiencia educativa como se indica en el examen de Pre-K aprobado por el estado. Aplicar antes de Marzo 19. Las cartas con la cita de evaluación se envían por correo en abril a los padres que solicitaron antes de la fecha límite. Para preguntas sobre el programa, llame a Title 1 Pre-K al 704-296-0152.

- Solo se pueden colocar dieciocho estudiantes en cada escuela.
- Las Escuelas Públicas del Condado Unión solo ofrecen transporte dentro del distrito escolar del niño. UCPS no ofrece cuidado extendido (antes o después de la escuela) para los estudiantes de Pre-K 1 Title 1. Elegir

Benton Heights Elementary	1200 Concord Ave, Monroe	Title 1	7:30-2:00	
East Elementary	515 Elizabeth Ave, Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Marshville Elementary	515 North Elm St, Marshville	Title 1	7:30-2:00	
Rock Rest Elementary	814 Old Pageland Monroe Rd, Monroe	Title 1	7:30-2:15	
Rocky River Elementary	500 N. Rocky River Rd, Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Sardis Elementary	4416 Sardis Church Rd, Monroe	Title 1	8:15-2:45	
Walter Bickett Elementary	830 ML King Blvd. S, Monroe	Title 1	7:30-2:00	
Wingate Elementary	301 Bivens St, Wingate	Title 1	7:30-2:00	

NC Pre-Kindergarten – Alliance for Children - Se recomienda la aplicación de primavera.

Para ser elegible para NC Pre-K, las familias deben cumplir con las directrices de ingresos estatales.

Tabla de ingresos: www.theallianceforchildren.org para NC Pre-K. (Si supera los ingresos, el niño puede ser elegible por estado militar activo de los padres, apoyo para el dominio del idioma Inglés o la necesidad de apoyo documentado del niño, como habla o retraso en el desarrollo. Proporcionar documentos LEP e IEP con la solicitud del niño y todos los demás documentos requeridos).

Si tiene mas preguntas llame a la oficina de NC Pre-K al 704-226-1407, ext. 30.

- Solo dieciocho estudiantes por clase, algunos sitios tienen varias aulas.
- Los sitios de NC Pre-K (^) ofrecen transporte si la familia reside dentro de un radio pequeño del centro de Monroe.
- Los sitios de NC Pre-K (**) ofrecen cuidado extendido antes y después del horario escolar por una tarifa. Si su familia necesita este cuidado, coordine con el director del sitio antes de que comiencen las clases. Los padres pagarán al sitio por estos servicios. Elegir

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, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
ChildTime Monroe (**)	1714 N. Charlotte Ave, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00	
Indian Trail Elementary	200 Education Rd, Indian Trail	NC Pre-K	7:00-1:40	
Kids R Kids (**)	5549 Potter Rd, Matthews	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	
Waxhaw Elementary	1101 Old Providence Rd, Waxhaw	NC Pre-K	7:30-2:00	
Weekday Children’s Ministries (^) \$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	

Los horarios de clase y los listados de sitios están sujetos a cambios o ajustes.



FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.

(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

M F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY): Nombre de la Escuela:

Hispano /Latino:

1 Si 2 No

Raza:

1 Otro No-Blanco 2 Blanco 3 Negro 4 Nativo Americano 5 Chino
 6 Japonés 7 Hawaiano 8 Filipino 9 Otro Asiático 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado

Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:

Teléfono (s)

Casa:
Trabajo:
Teléfono
Celular:

Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

State Board of Education | Department of Public Instruction

January 2016

Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

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) _____