

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.

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 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 2021</i>	Fecha de nacimiento del niño _____/_____/_____ Mes Día Año	☐ Masculino ☐ 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:

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

horas por semana? _____

Nombre del Niño			
☐ Padre ☐ Padrastro Nombre ☐ Tutor legal masculino 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 \$ _____			
Este es 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 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 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/			

Nombre del Niño: _____ Apellido _____

Retornar este formulario con el paquete de aplicación. Incluir copias de todos los documentos *listados en la parte superior de la aplicación****jPre- Kínder de Carolina del Norte – Alliance for Children - Se Fomenta Aplicar en la Primavera!***

Elegibilidad, Tabla de Ingresos y Preguntas Frecuentes: www.theallianceforchildren.org dentro del enlace de NC Pre-K. (Si tiene un ingreso elevado, su niño quizás puede ser elegible si sus padres tienen un estado militar activo, como ayuda para fortalecer el Conocimiento del Idioma Inglés o como soporte para niños que tiene necesidades documentadas tales como habla o retraso en el desarrollo. Proveer los documentos del LEP y IEP con la aplicación de su hijo y todos los otros documentos requeridos.)

Si su niño cumple 4 años hasta el 31 de agosto y su familia cumple con los ingresos de elegibilidad usted recibirá notificación de su colocación en junio o julio si usted envió **paquete de aplicación completo** hasta los inicios de mayo.

Las aplicaciones del NC Pre-K son aceptadas todo el año, pero aplicaciones que se realicen temprano serán notificados primero. Si tiene preguntas llamar a la oficina de NC Pre-K al 704-226-1407, ext. 30.

- Solo son dieciocho estudiantes por clase, algunos lugares tienen múltiples clases. NC Pre-K sigue muy de cerca el calendario tradicional escolar de UCPS, incluyendo días de trabajo de maestras y vacaciones.
- Lugares a continuación (^) ofrecen transportación si la familia reside dentro del pequeño radio del centro de Monroe.
- Lugares a continuación (**) ofrecen servicio de cuidado extendido antes y después de las horas del NC Pre-K por un costo. Si su familia necesita este tipo de cuidado, arreglar con el director del centro antes que la escuela inicie en agosto. Padres deben cancelar este costo por servicios en el centro. (La porción del día en el programa de NC Pre-K es gratis para las familias que son elegibles) Familias pueden aplicar para el vale de guardería basado en ingresos (fundado a través de Alliance for Children, agencia del Programa Smart Start) a través de DSS al 704- 296-4339

De acuerdo a los horarios de la familia y necesidades de transportación, marcar los tres posibles sitios a continuación. Tomar unas fotografías del formulario completo como referencia.

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	

*Las horas de las clases y lugares listados son sujetos a cambio o ajustes debido a los protocolos de salud del COVID. Los sitios requeridos no son garantizados debido al límites del tamaño de las clases.



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:





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:**☐ M ☐ F

(Apellidos)

(Primer nombre)

(Segundo Nombre)

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



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) _____