

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](http://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	<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:

<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Asiste al colegio, donde?
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> En la escuela secundaria / programa GED	<input type="checkbox"/> En entrenamiento laboral <input type="checkbox"/> Otro

# horas por semana? \_\_\_\_\_

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

**iste 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 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](http://www.theAllianceforChildren.org) bajo NC Pre-K y [www.ucps.k12.nc.us](http://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****¡Pre- Kínder de Carolina del Norte – Alliance for Children - Se Fomenta Aplicar en la Primavera!***

Elegibilidad, Tabla de Ingresos y Preguntas Frecuentes: [www.theallianceforchildren.org](http://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 Ingles 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	lleno
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	
STEP's Developmental Academy (^) (**)	108 Indian Trail Road, S. Indian Trail	NC Pre-K	7:15 – 2:30	
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	lleno
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.



# NORTH CAROLINA HEALTH ASSESSMENT TRANSMITTAL FORM

This form and the information on this form will be maintained on file in the school attended by the student named herein and is confidential and not a public record.

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

## PARENT to COMPLETE THIS SECTION

**Student Name:**

(Last)

(First)

(Middle)

**Birthdate (M/D/YYYY):**

**School Name:**

**Home Address:**

**City:**

**State:**

**County:**

**Parent Information: Name of Parent, Guardian, or person standing in loco parentis:**

**Telephone(s)**

Home:

Work:

Cell Phone:

**Health Concerns to be shared with authorized persons (school administrators, teachers, and other school personnel who require such information to perform their assigned duties):**

## 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:





January 2016rev

**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):

Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:



## Dental Screening Form

When the Kindergarten Health Assessment (KHA) Form is used to complete the NC Pre-K child's health assessment, a **dental screening** must also be completed (10A NCAC 09 .3005 Child Health Assessment). The child's health assessment must include a dental screening, which may be recorded on this form.

<b>Child's Name:</b> _____
<b>Birth date:</b> ____/____/____
<b>Gender:</b> Male      Female
<b>Parent or Guardian:</b> _____
<b>Address:</b> _____
<b>City:</b> _____
<b>Phone number:</b> _____ <b>School/Pre-K:</b> _____

Screener's Name \_\_\_\_\_ Screening Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Organization/Practice Name \_\_\_\_\_

Phone number \_\_\_\_\_

**Professional affiliation (please check one):**

- Dentist
- Dental Hygienist
- Physician
- Physician Assistant
- Registered Nurse
- Other Health Professional: \_\_\_\_\_

**Pattern of early childhood cavities:**

- No cavities/decay present or no obvious problem
- Cavities/decay present or dental care needed (comment required)
- Referral for Urgent Care (comment required)

<b>Comments:</b>          
--

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_