

NC Pre-Kindergarten es un programa gratuito y de alta calidad financiado por Carolina del Norte diseñado para fortalecer el salón de clases de estudiantes de cuatro años, pre-aprendizaje, matemáticas y habilidades sociales. **Para los niños de NC Pre-K, el niño es elegible si:** Cumple 4 años hasta el 8/31/26. La familia cumple con las pautas de ingresos. Ver la elegibilidad de ingresos. Consulte la tabla de elegibilidad por ingresos en NC Pre-K www.theAllianceforChildren.org.

Entregue todos los documentos a continuación como un paquete de solicitud (marque la lista a medida que reúne los documentos)

- 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 actuales): cuatro talones consecutivos de cheques, o 2025 W-2 o declaración de impuestos 2025. Incluya documentos que prueben la pensión alimenticia, SSA, SSDI, manutención infantil, discapacidad, desempleo de mamá/papá/madrastra/padrastro. Si le pagan solo en efectivo, proporcione una declaración firmada y fechada del empleador que indique el nombre del empleado, las horas trabajadas y los ingresos semanales con el nombre de la empresa, el nombre de contacto del supervisor y la firma y el número de teléfono para verificación. Si no tiene ingresos, coloque sus iniciales en este formulario en la página dos con su firma. **Opciones**, si su estudiante recibe beneficios de Medicaid o de Alimentos y nutrición, envíe carta oficial de aceptación.

Información del estudiante		Por favor, complete cada línea claramente	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección completa: Calle Ciudad Estado Código postal			
Edad: El niño debe tener 4 años antes de 8/31/26	Fecha de nacimiento del niño Mes Día Año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma(s) que el niño suele hablar en casa y con amigos:
Raza: (marque TODO lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco /Latinoamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Otras islas del Pacífico Marcar uno: Es su niño ciudadano de U.S. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcar uno : <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No- Hispano/Latino			
Tiene este niño un padre que está sirviendo activamente en el ejército o herido durante el servicio militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre adoptivo* <input type="checkbox"/> Tutor legal o custodio legal * (*adjuntar copias de documentos legales)			
Asistió el niño a una guardería a los 3 años de edad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Recibo o apliqué un vale de cuidado de niños en DSS <input type="checkbox"/> No (para aplicar llame al 704-706-9494 <input type="checkbox"/> Si			
Quién cuida ahora a este niño durante el día? Liste de sitio o cuidador aquí:			
Su hijo tiene una enfermedad crónica diagnosticada por un doctor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* condición Plan de medicación en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*			
Tiene su hijo un Plan de Educación Individual (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* (*Para todas las respuestas Sí, incluya una copia del plan de apoyo médico o IEP con el paquete de solicitud)			
Recibe actualmente su hijo servicios de apoyo para hablar, necesidad especial o discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si habla OT PT Otro			
Donde? UCPS (sitio) Proveedor privado(empresa):			
Le preocupa el desarrollo de su hijo (aprendizaje, habla, ¿audición o comportamiento)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Preocupación:			
Complete esta sección de los miembros de la familia que viven en el hogar del niño.		Escriba claramente	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/custodio legal femenino		Madre Nombre Completo:	
<input type="checkbox"/> Madrastra (legalmente casada con el padre del niño)			
Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		<input type="checkbox"/> La misma del niño	Dueño Renta Vive con un familiar Otro
El MEJOR Numero Telefónico	Empleador	Trabajo #	
Correo electrónico de la mamá:			
Marque TODO lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Empleado # horas por semana?		<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> En a la Universidad, Donde? <input type="checkbox"/> En secundaria/Programa GED <input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> Recibe beneficios de Medicaid o de Alimentos y Nutrición por familia	

Nombre del Niño - Pagina dos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor / custodio legal masculino Padre Nombre Completo <input type="checkbox"/> Padrastra (legalmente casada con el padre del niño)		Dirección Completa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> La misma del niño
--	--	---

MEJOR Número Telefónico	Correo electrónico del papá:	Trabajo #
<input type="checkbox"/> ¿Empleado Cuantas horas por semana? _____ Empleador _____	Father/Male Caregiver: Check all that apply: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Asiste a la Universidad _____ <input type="checkbox"/> En entrenamiento de trabajo <input type="checkbox"/> En secundaria/Programa	<input type="checkbox"/> Recibe desempleo (incluido como ingreso/incluya carta de beneficios con la aplicación)

Liste el nombre de los padres, padrastra/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	Liste la escuela O sitio de cuidado infantil de 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:
Teléfono celular:	

Encuesta del Idioma del Hogar: Su hijo será evaluado en el idioma que liste a continuación*. Responda teniendo esto en cuenta

Idioma que el niño aprendió a hablar?	Segundo idioma?	Mas a menudo? *
Idioma principal de la Madre ?	Segundo idioma?	Primario/ Padre?
Segundo idioma?		


Encuesta del Idioma del Hogar: Su hijo será evaluado en el idioma que liste a continuación*. Responda teniendo esto en cuenta

- o 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.
- o Entiendo que esta solicitud es para una posible inscripción siguiendo las pautas de elegibilidad de Title 1 y / o NC Pre-K.
- o 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.
- o 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

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**

<p>Los paquetes de solicitud completos a:</p>  <p>2661 W. Roosevelt Blvd., Suite A ~ Monroe NC 28110 Cualquier momento: Coloque el espacio en la puerta principal de la oficina</p> <p>NCPre-K@theAllianceforChildren.org Teléfono: 704-226-1407 ext. 30 (Espanol)</p> <p>Lea las "Preguntas frecuentes" en NC Pre-K en: https://theallianceforchildren.org</p>	<p>Prepárese ahora:</p> <p>La ley de Carolina del Norte exige que los padres proporcionen al centro/escuela el registro de vacunación (vacunas) actualizado de su hijo/a y un formulario de examen físico/dental completado por un médico.</p> <p>Formularios en blanco para el programa Pre-K de Carolina del Norte: www.theAllianceforChildren.org</p> <p>¡Guarde copias de los formularios de salud! Matriculará a su hijo/a en kínder en febrero de 2027.</p>
--	--

NC Pre-Kindergarten – Alliance for Children

2661 W. Roosevelt Blvd, Suite A; Monroe, NC 28112

Nombre del Niño: Nombre _____ Apellido _____

1. Revise las opciones de sitios asociados de NC Pre-K, direcciones y horarios de NC Pre-K a continuación.
2. ¿Tiene preguntas sobre el programa NC Pre-K? Consulte la página del programa NC Pre-K en www.theAllianceforChildren.org o escriba a NCPre-K@theAllianceforChildren.org

- Los centros de NC Pre-K **(E)** ofrecen plazas limitadas de cuidado extendido antes o después del horario de NC Pre-K. Si es necesario, los padres pueden coordinar el cuidado antes o después con el director del centro antes del inicio de clases. **Los padres** pagan a los centros por el tiempo **fuera** del horario de NC Pre-K. Solicite asistencia basada en ingresos: 704-706-9494
- **Los padres** proporcionan transporte hacia y desde la escuela todos los días para el cuidado de niños y las escuelas de UCPS.
- **¡Bríndele a su hijo todos los beneficios de NC Pre-K con asistencia regular y puntual!**

NC PRE-K SITIO	DIRECCION	PROGRAMA	HORARIO
A Plus Childcare & Learning Center (E)	109 Camelia Dr, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00
Childcare Network 121 (E)	780 Sutton Place, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00
Childtime Indian Trail (E)	120 Business Park Dr, Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00
East Elementary School	221 Elizabeth Avenue, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00
Indian Trail Elementary	200 Education Rd., Indian Trail	NC Pre-K	7:15-2:00
Kids R Kids	5549 Potter Road, Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00
LeafSpring School of Matthews (E)	3420 Pleasant Plains Rd., Stallings	NC Pre-K	8:00-2:30
STEPS Developmental Academy	108 Indian Trail Rd., S, Indian Trail	NC Pre-K	7:30-2:00
Waxhaw Elementary	1101 Old Providence Rd, Waxhaw	NC Pre-K	7:30-2:00
Weekday Children's Ministries	801 S. Hayne St, Monroe	NC Pre-K	7:30-2:00
Wingate Baptist (E)	108 E. Elm St, Wingate	NC Pre-K	7:30-2:00
Wonder Academy (E)	3309 Faith Church Rd., Indian Trail	NC Pre-K	8:00-2:30

Ambos programas Pre-K siguen el calendario tradicional de UCPS e incluyen días de trabajo solo para maestros, vacaciones y feriados.

*Para las escuelas primarias Indian Trail y Waxhaw, se da preferencia a los niños en el área de asistencia de la escuela.

Todas las aulas de NC Pre-K cumplen con los mismos estándares de calidad estatales.

Enumere tres opciones de sitios cerca de su hogar, trabajo o la escuela de otro niño.

Su hijo puede ser ubicado en cualquiera de los sitios que indique.
Si estos sitios están llenos, su hijo será ubicado en un lugar disponible.

Nota: Es posible que le ofrezcan una ubicación diferente y que las clases estén llenas. Debido a la gran cantidad de familias atendidas en el programa de NC Pre-K, no se garantizan las opciones de ubicación. Tome una foto de este formulario para sus registros.