



## **Instrucciones para la Solicitud del Ciclo Escolar 2017-2018** **Programa Preescolar de Carolina del Norte (North Carolina Pre-Kindergarten)**

*El Programa Preescolar de Carolina del Norte (NC Pre-K)* es un programa de alta calidad **GRATIS\*** diseñado con el propósito de incrementar la preparación escolar de niños de cuatro años de edad para entrar al Kinder. Los salones de *NC Pre-K* siguen el calendario escolar local. \*El único costo que puede estar asociado con el programa de *NC Pre-K* sería para cubrir el costo parcial o total de las comidas, cuando las familias no califican para las comidas gratis o a un bajo costo. **NC Pre-K no ofrece transporte escolar.**

Diferentes factores son considerados para determinar la elegibilidad de su hijo(a). Su hijo(a) necesita tener cuatro años de edad cumplidos antes del 31 de Agosto del 2017 para ser considerado para el programa. Además del requisito de la edad, una prioridad que tenemos es servir a niños que son considerados “en riesgo”, por ejemplo de bajo ingreso o con Inglés como su segunda lengua. La información recaudada con la aplicación de su hijo(a) nos ayudara a determinar su elegibilidad para el programa.

**Usted necesitara hacer una cita para entregar su solicitud del 20 de Febrero al 12 de Mayo del 2016. No se aceptarán solicitudes sin cita. Por favor llame al 704-630-9085 para hacer su cita. Las solicitudes recibidas después de la fecha límite serán consideradas solamente si hay lugares disponibles**

Por favor recuerde traer durante su cita la solicitud **original y completa** con los siguientes documentos:

- Copia del acta de nacimiento de su niño(a)
- Tarjeta de Medicaid vigente (con fecha del 2015-2017) o comprobante de tener seguro medico
- Comprobante de ingresos (**un mes de talones de cheque recientes**). Personas que trabajen por su cuenta necesitan presentar sus impuestos del 2016. Otros comprobantes de ingresos pueden ser: comprobante de que está recibiendo desempleo, Work First o SSI, manutención de niños, o una carta certificada de no ingresos.
- Si el padre o tutor está asistiendo a la escuela, el horario de clases más reciente
- Comprobante de domicilio (**SOLAMENTE**: recibo de luz, de cable o de teléfono, o el contrato de renta. **NO** podemos aceptar recibos de celular )
- Cartilla de vacunación **actual**
- Formulario **completo** de la evaluación de salud & dental (Estos deben ser del 8/31/16 o más recientes)  
**Por favor asegúrese de que todas las secciones estén completas en su totalidad.** \*Estos documentos serán requeridos si su niño(a) es aceptado(a) en el programa.
- Comprobante de lo siguiente en caso de ser necesario
  - a. Documentos militares
  - b. Una carta del doctor o evaluación de salud indicando que su hijo tiene una enfermedad crónica
  - c. Información del programa educativo individual (IEP por sus siglas en Inglés)
  - d. Una carta del doctor o evaluación de salud indicando que su hijo tiene una necesidad del desarrollo
  - e. Documentos de custodia (si aplica en su caso)
- La lista de las escuelas de su preferencia

**Las solicitudes incompletas NO serán tomadas en cuenta**

**DÍA DE LA CITA:** \_\_\_\_\_

**HORA DE LA CITA:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE LA CITA: Smart Start Rowan, 1329 Jake Alexander Blvd. S, Salisbury, NC 28146**

La colocación de los niños empezara en Julio. Usted será notificado por e-mail/correo normal, si su niño(a) ha sido aceptado en el programa. Este programa está basado en el presupuesto disponible por el estado así como la disponibilidad de lugares.

Si tiene preguntas, por favor llame a la oficina de NC Pre-K de Smart Start Rowan al 704-603-3369.



Date Completed Application Received:  _____
---

## Aplicación para el Programa Preescolar NC Pre-K 2017-2018

**Nombre Completo del Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
*Primero Segundo Apellido Paterno*

**Dirección física:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Código Postal*

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Número de Celular:** \_\_\_\_\_  
*Calle (P.O. Box) Ciudad Código Postal*

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Etnicidad del niño: Hispano**  **Si**  **No**

**Raza:** (*Marque todo lo que aplique*)

- Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Afro Americano  
 Nativo de Hawái o Islas del Pacifico  Español/Hispano/Latino  Blanco o Americano Europeo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Residente de Carolina del Norte:**  Si  No

**Ciudadano de EEUU:**  Si  No

**¿Su hijo/a tiene?**  Seguro médico privado  Medicaid  No tiene seguro medico

**Niño/a vive con:**  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

(Si el niño/niña vive con otra persona que no sean sus padres, se requiere una prueba legal de custodia/tutela)

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_

**Empleado:**  Si  No **Horas por semana** \_\_\_\_\_

**Empleado:**  Si  No **Horas por semana** \_\_\_\_\_

**Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_

**Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_

**Cada cuanto le pagan:** \_\_\_\_\_

**Cada cuanto le pagan:** \_\_\_\_\_

**Buscando empleo:**  Si  No

**Buscando empleo:**  Si  No

**Estudiando en el colegio:**  Si  No

**Estudiando en el colegio:**  Si  No

**En la preparatoria o programa de GED:**  Si  No

**En la preparatoria o programa de GED:**  Si  No

**Entrenamiento de trabajo:**  Si  No

**Entrenamiento de trabajo:**  Si  No

**Contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*(Aparte de los padres)*

**¿Recibe ayuda de parte de alguno de los siguientes servicios? (Marque el/los que aplique)**

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ por mes  Manutención de Niño/a \$ \_\_\_\_\_ por mes

Otro \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

\*Su ingreso total es: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Mensual  Anual  
(Incluyendo **todos** los ingresos)

**\*La información sobre sus ingresos es necesario.**  
Debe incluir un mes de talones de cheque, si trabaja por su cuenta necesitamos impuestos del 2016. \*vea la 1ra página para más



**Enliste todos los niños que viven en su casa:**

Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño(a) arriba mencionado	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño(a) arriba mencionado

**Enliste todos los adultos que viven en su casa:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño (que está solicitando) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Algún padre de este niño/a o guardián legal está activo en el ejército, o el padre o tutor legal ha sido herido seriamente o fallecido mientras se encontraba en servicio activo?**  Si  No (Si, proporcione documentación)

**¿Su niño está registrado en algún programa pre-escolar o programa de guardería?**  Si  No

Si, ¿cuál? \_\_\_\_\_

No, ¿ha estado alguna vez su hijo inscrito en uno de estos programas?  Si  No

¿Recibe ayuda para el pago de la guardería (voucher de DSS) o algún otro tipo de ayuda para pagar su cuidado?  Si  No

**¿Habla Inglés?**  Nada de Ingles  Algo de Ingles  Hablamos Ingles fluidamente

¿Qué idioma(s) se hablan en la casa? \_\_\_\_\_

**¿Su niño tiene necesidades especiales del desarrollo o discapacidades?**  Si  No

Si: ¿Su niño tiene IEP o IFSP? (adjunte una copia)  Si  No

¿Su hijo está recibiendo servicios especiales?  Si  No

¿Tiene alguna duda o preocupación sobre el desarrollo de su niño?  Si  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Su niño tiene problemas crónicos de salud?**  Si  No

Si es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

**(Incluya documentación con la solicitud, ej. Nota del Dr.)**

**¿Hay alguna otra información que desea compartir con nosotros?** \_\_\_\_\_

**\* LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR ES NECESARIA EN LA COPIA ORIGINAL \***  
**\*Esta solicitud debe ser firmada para ser aceptada\***  
**(Solicitud original solamente – no se aceptan copias)**

Yo certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera. **Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de NC Pre-K (704) 603-3369 inmediatamente de cualquier cambio en esta solicitud** (número telefónico, dirección, trabajo, salario, etc).

Yo doy permiso de que la información sobre mi hijo/a pueda ser compartida entre Smart Start Rowan y la escuela donde mi hijo/a asistirá o con el Departamento de Niños excepcionales. Yo entiendo que esta información es necesaria y será usada solamente para propósitos escolares. Yo también entiendo que la escuela que reciba esta información es responsable de la confidencialidad de la misma.

Mi firma da permiso de que mi hijo(a) sea revisado de su visión, audición, salud dental y su desarrollo en general



Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_