

Please join us for a Pre-K Application Event  
See [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org) for the one nearest you!

Por Favor venga a un Evento de Aplicación Pre-K  
¡Visite [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org) para el sitio más cercano!

This application is for children who will be four-years-old by August 31, 2019. If your child is younger, please contact Telamon Head Start at one of the following locations:

*Esta aplicación es para niños(as) que hayan cumplido los cuatro años para el 31 de agosto del 2019. Si su niño(a) es menor, por favor llame a Telamon Head Start a uno de los siguientes lugares:*

*Crosby Head Start Center (Raleigh) 919-856-5232  
Parkway Head Start Center (Cary) 919-657-0577  
Knightdale Head Start Center (Knightdale) 919-266-1240*

Can't attend an application event? You may also mail a completed application to:

*¿No puede asistir a un evento de aplicación?*

*También puede enviar una aplicación completa por correo a:*

**Pre-K Application Center  
4901 Waters Edge Drive, Suite 101  
Raleigh, NC 27606**

#### **Important Notes/Notas Importantes:**

- ★ Applications must include all required documentation to be considered “**complete.**” See Application Checklist on next page. *Aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como “**completas.**” Vea la Lista de Verificación en la siguiente hoja.*
- ★ Transportation to Pre-K is the responsibility of the family/*El transporte hacia y desde Pre-K es responsabilidad de la familia.*
- ★ Only applications received by April 30, 2019 will be considered for all programs. Applications received after April 30<sup>th</sup> will be considered for Telamon Head Start and North Carolina Pre-Kindergarten. *Solamente las aplicaciones recibidas para el 30 de abril del 2019 serán consideradas por todos los programas. Aplicaciones recibidas después del 30 de abril serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten.*
- ★ Initial placements will be complete by August 14, 2019. Details and updates will not be available until after that time. / *Las asignaciones iniciales estarán completas el 14 de agosto del 2019. Detalles y actualizaciones no estarán disponibles hasta después de esta fecha.*

## Application Checklist/Lista de Verificación

**REQUIRED! Please attach the following to the application:**

**¡REQUERIDO! Por favor incluya lo siguiente con su aplicación**

- Copy of Child's Birth Certificate/Copia del acta de nacimiento del niño**  
Passport or Record of Faith Initiation (Naming, Brit Milah, Baptism, Dedication)  
*Pasaporte o Registro de Iniciación de Fe (Nombramiento, Brit Milá, Bautismo, Dedicación)*
- Documentation of Wake County Residency/Documentación de Residencia del Condado de Wake**  
Copy of signed lease, current utility bill (water/power/gas), *Contrato de arrendamiento o factura más reciente de servicios (luz/agua/Gas)*  
If parent's name is not on bill/lease – bill and letter from the bill payee stating that family is residing at the residence is needed. */Si el nombre de los padres no está en el contrato o factura – contrato o factura y carta del pagador indicando que la familia reside en la residencia es necesario.*
- All sources of family income/Todas las fuentes de ingresos de la familia**  
Please include: two (2) recent, **consecutive** check stubs for each employed family member/parent/guardian, child support, retirement, worker's compensation, statement from supervisor, 2018 IRS 1040, unemployment/social security benefits letter or copies of all W-2s from 2018.  
*Favor de incluir dos (2) talones de cheque consecutivos de cada padre o madre/guardián empleado, manutención de los hijos, jubilación, compensación laboral, declaración de supervisor, 1040 del 2018, carta de beneficios de desempleo, seguro social o copias de todos los formularios W-2 del 2018.*  
  
**If "0" income is reported, please complete and submit a Pre-K Statement of Zero Income. /Si reporta "0" de ingresos, por favor, incluya una Declaración de Cero Ingresos de Pre-K.**

### OPTIONAL/OPCIONAL

**Please note:** Some, not all, programs may assign priority points if families attach the following documentation:  
**Nota:** *Algunos, pero no todos los programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias proveen la siguiente documentación:*

- Copy of child's Individualized Education Program (IEP) from a public school /Copia del Programa Individualizado Educativo (IEP) reciente de la escuela pública**
- Documentation of parent's military service (includes current active duty and serious injury or death resulting from military service) / Documentación de servicio militar de los padres (incluye servicio activo y lesiones graves o muerte resultante de servicio militar)**
- Chronic Illness – child's health assessment or note from medical provider indicating child's chronic illness/Enfermedad crónica – evaluación de salud del niño o nota de proveedor medico indicando enfermedad crónica del niño.**
- Copy of current educational developmental screenings evaluations indicating developmental or educational need/Copia actual de evaluación educativa de desarrollo indicando necesidad educativa o de desarrollo.**

For additional information, or to update application, please call Pre-K Application Information Line at 919-723-9298.  
*Para información adicional o cambios en la aplicación, por favor llame a la Línea de Información de Aplicación de Pre-K al 919-723-9299.*



Date Received \_\_\_\_\_

**Wake County Pre-K Application 2019-2020/Aplicación Pre-K del Condado de Wake 2019-2020**

**Child's Full Name /Nombre del/la niño(a)** \_\_\_\_\_

**Child's date of birth /Fecha de nacimiento del/la niño(a)** month/mes \_\_\_\_\_ day/día \_\_\_\_\_ year/año \_\_\_\_\_

**Please check one /Por favor marque uno**

Boy/Niño     girl/Niña

Hispanic/Latino/Hispano/Latino     Not Hispanic/Latino/No Hispano/Latino

**Please mark at least one and all that apply/Por favor marque por lo menos uno y todos los que apliquen**

White/European / Blanco/Europeo

Native Hawaiian/Pacific Islander / Nativo de Hawaii/Islas Pacificas

Native American/Alaskan / Indio Americano/Nativo de Alaska

Black/African / Negro/Africano

Asian / Asiático

**Mother's/Stepmother's/Guardian's Name/Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Father's/Stepfather's/Guardian's Name/Nombre del Padre/Padrastro/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Phone number-1/ Número de teléfono-1:** \_\_\_\_\_

**Phone number-2/Número de teléfono-2:** \_\_\_\_\_

**Where does the child live? /Donde vive niño (a)?**

Street/calle    Apt or Unit/Apt o Unidad    City/Ciudad    State/Estado    Zip Code/Código postal

**Where do you receive mail? /¿Dónde recibe correo?**

Same as above/Lo mismo que arriba     As listed below/Como se indica a continuación:

Street/Calle    Apt or Unit/Apt o Unidad    City/Ciudad    State/Estado    Zip Code/Código postal

**E-mail address /Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Is your family in transition, temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel ?/ ¿Está su familia viviendo temporalmente con amigos /familiares /en un refugio /en su auto o en un hotel?**

Yes/Sí     No     Friends/Amigos     Family/Familia     Shelter/Refugio     Car/Carro     Hotel/Hotel

**Is this address temporary because of a hardship?/¿Es esta dirección temporal debido a una dificultad?**  Yes/Sí  No

**County of Residence (this application is only for Wake County residents)**

Condado de residencia (esta aplicación es sólo para los residentes del Condado de Wake) \_\_\_\_\_

**With whom does child live? Please mark all that apply/ ¿Con quién vive el/la niño(a)? Por favor marque todos los que apliquen.**

Mother/Madre     Father/Padre     Other, please specify/otro, especifique por favor \_\_\_\_\_

If custody is shared, please provide documentation of how educational decisions are to be made. Count all family members, note all addresses and provide all income for mother’s and father’s families. If you have questions, please contact a member of the pre-k staff. /Si la custodia es compartida, por favor presente documentos de cómo deben ser hechas las decisiones educativas. Contar a todos los miembros de la familia, tenga en cuenta todas las direcciones y proveer todos los ingresos de las familias del padre y madre. Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con un miembro del personal de pre-k.

**Family Size/Tamaño de la Familia**

Please list child, parents, step-parents, brothers, sisters, and/or guardians who live in child’s home. Por favor anote al niño(a), padres, padrastros, hermanos, hermanas y/o guardianes que viven en la casa con el niño/a.

Name / Nombre	Relationship with Child / Relación con su niño (a)	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Please check if child has special needs / Por favor indique si el niño(a) tiene necesidades especiales

Total number in family /Número total en la familia:	
---	--



Please mark only one/Por favor marque solo uno:

My child **has never attended** pre-k, day care or child care program or family child care home. / *Mi niño(a) nunca ha asistido a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia.*

My child, **in the past, attended** a pre-k, day care or child care program or family child care home but is not attending now. Now my child stays with family members and/or a babysitter. / *Mi niño(a), en el pasado, asistió a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia pero no asiste ahora. Ahora mi niño(a) se queda con miembros de la familia y/o con una niñera.*

- Name of Site and address/School/Family Child Care Home / *Nombre y Dirección del Programa /Escuela/Cuidado infantil en el hogar:* \_\_\_\_\_

- They last attended this program/*Atendió por última vez a este programa:*

Month/Mes \_\_\_\_\_ Year/Año \_\_\_\_\_

My child **is currently attending** this child care program or family child care home. *Mi niño(a) está atendiendo a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia.*

- Name of Site and address/School/Family Child Care Home/*Nombre y dirección del programa* \_\_\_\_\_

- How many stars does the program have? *¿Cuántas estrellas tiene el programa?* \_\_\_\_\_

- Does child attend less than 10 hours per week? /*¿Su hijo (a) asiste menos de 10 horas por semana?*       Yes/Sí       No

- Does child receive Child Care Subsidy Voucher? / *¿Tiene su hijo/a subsidio para cuidado de niños?*       Yes/Sí       No

**What language does your son/daughter most frequently use to communicate? ¿Qué idioma con más frecuencia utiliza su hijo/a para comunicarse?** \_\_\_\_\_

**What language do you most frequently speak to your son/daughter? ¿Qué idioma con más frecuencia utiliza usted para hablar con su hijo/a?** \_\_\_\_\_

**What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? ¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?** \_\_\_\_\_

**Do you need an interpreter for school meetings involving your child's education? If yes, in which language?/ ¿Necesita a un intérprete para reuniones escolares sobre la educación de su hijo? Si es así, ¿en qué idioma?** \_\_\_\_\_

If the answer to any of the above questions is a language other than English, your child will be assessed using the Pre-K IPT (IDEA English Proficiency Test) to determine English language proficiency. Based on the results, your child may be identified as Limited English Proficient (LEP) and may qualify for Pre-K English Language Learner (ELL) services. **All identified LEP students will be assessed annually with the state-mandated English language proficiency test.**

*Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es un idioma distinto al inglés, su hijo será evaluado con la evaluación del IPT de Pre-Kinder (IDEA English Proficiency Test) para determinar el dominio del idioma inglés. Basándose en los resultados, su hijo puede ser identificado como un estudiante con Habilidad de Inglés Limitado (LEP) y puede que califique para servicios como Aprender el Idioma Inglés (ELL) de Pre-Kinder. **Todos los estudiantes identificados LEP serán evaluados anualmente con la prueba de aptitud en inglés requerida por el estado.***

Documentation is attached that indicates child has the following risk factors/*Documentación adjunta que indica que el niño(a) tiene los siguientes factores de riesgo:*

- Active Individualized Education Program/*Programa Individualizado de Educación activo.*
- Limited English Proficiency/*Habilidad de Inglés Limitado.*
- Chronic Health Condition/*Condición de Salud Crónica.*
- Developmental or Educational Need/*Necesidad de Desarrollo o Educativa.*
- Parent or legal guardian of child an active duty member of the military, or parent or legal guardian was seriously injured or killed while on active duty. /*Padre o guardian legal del niño (a) es miembro activo del servicio militar, padre o guardian legal fue seriamente herido o falleció mientras estaba activo en el servicio militar. **Federal and North Carolina State policies require schools to determine the language(s) spoken at home by each student.** Las políticas federales y estatales de Carolina del Norte requiere que las escuelas determinen los idiomas que cada estudiante habla en el hogar.*

**Family Income**  
(Español en la siguiente página)

If "0" income is reported, please submit a signed and dated Pre-K statement from family member and/or friend who can verify your family's income. (Form available at [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org)) **NOTE: Documentation of all sources of family's income is required.**

**Mother's/Stepmother's/Guardian's Name:** \_\_\_\_\_

- Please check all that apply:** Employed?  Yes  No (If employed, please list average hours worked **per week** \_\_\_\_\_)
- Seeking Employment  Attending secondary education  Attending high school  Attending job training  
 Other (Please Explain) \_\_\_\_\_

**Place of employment and work telephone number:** \_\_\_\_\_

Income BEFORE Taxes	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Alimony	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Child Support	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Workers' Comp/ Disability	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Unemployment	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
SS/SSI/SSA/TANF/Work First	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly

**Father's/Stepfather's/Guardian's Name:** \_\_\_\_\_

- Please check all that apply:** Employed?  Yes  No (If employed, please list average hours worked **per week** \_\_\_\_\_)
- Seeking Employment  Attending secondary education  Attending high school  Attending job training  
 Other (please explain) \_\_\_\_\_

**Place of employment and work telephone number:** \_\_\_\_\_

Income BEFORE Taxes	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice Monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Alimony	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice Monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Child Support	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice Monthly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Workers' Comp/ Disability	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice Monthly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Unemployment	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice Monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
SS/SSI/SSA/TANF/Work First	\$_____ This amount is <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> monthly <input type="checkbox"/> twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Weekly

- My family receives food stamps:  Yes  No

For office use only:

**Ingresos de la familia**

Si reporta "0" de ingreso, por favor presente una forma de Pre-K de parte de miembro de familia o amigo que pueda verificar el ingreso de la familia. (Forma disponible en [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org). **NOTA: La documentación de todas las fuentes de ingresos de la familia es requerida.**

**Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda: ¿Empleada?  Sí  No Si es empleada, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

Buscando Empleo  Asistiendo Universidad o Colegio  Asistiendo Escuela Superior/Secundaria  
 Asistiendo entrenamiento para empleo.

**Nombre del trabajo y número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Sueldo bruto ANTES de impuestos	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Conyugal	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los niños	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación del trabajador/Discapacidad	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/SSI/SSA/TANF/Work First	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal

**Nombre del Padre/Padrastro/Guardián:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda: ¿Empleado?  Sí  No Si es empleado, promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_.

Buscando Empleo  Asistiendo universidad o colegio.  Asistiendo escuela superior/secundaria.  
 Asistiendo entrenamiento para empleo.

**Nombre del trabajo y número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Sueldo bruto ANTES de impuestos	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Conyugal	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los Niños	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación del trabajador/Discapacidad	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/SSI/SSA/TANF/Work First	\$ _____ Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal

Mi familia recibe estampillas:  Sí  No

Sólo para uso de oficina:



Please read carefully and initial each box / Por favor lea cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada caja:

	<p>I authorize partnering Pre-K agencies [Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, Wake County Human Services and Telamon Head Start] to exchange information regarding my child for the purpose of determining eligibility for state and federally funded Pre-K Programs and for data collection by the Office of Early Learning and the Division of Child Development and Early Education. I also authorize partnering Pre-K agencies to share my family's contact information with Wake County partners that serve 4-year olds, if they believe my child is eligible for other community programs.</p> <p><i>Yo autorizo a las agencias asociadas con Pre-K [Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, Wake County Human Services y Telamon Head Start] intercambiar información con respecto a mi hijo con fines de determinar la elegibilidad para programas de Pre-Kínder fundados por el estado y gobierno federal y para colección de datos de la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a agencias de Pre-K para compartir información de contacto de mi familia con otras agencias asociadas de Wake County que sirven niños de 4 años de edad, si creen que mi niño ese legible para otros programas de la comunidad.</i></p>
	<p>I give <b>permission</b> for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language <b>screening</b> and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, and Telamon Head Start). <i>Doy el <b>consentimiento</b> para que mi niño(a) reciba <b>una evaluación</b> del desarrollo en las áreas de aprendizaje, audición, visión, dental y/o pruebas del habla y lenguaje y también para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los programas asociados con Pre-K (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart and Telamon Head Start)</i></p>
	<p>I understand that <b>if</b> my child is <b>selected</b> for participation, <b>family engagement is expected</b>. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services.</p> <p><i>Entiendo que <b>si</b> mi niño(a) es <b>seleccionado</b> a participar, <b>la participación de la familia es esperada</b>. Mi familia se compromete a participar y cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitud necesaria para servicios adicionales.</i></p>
	<p>I understand that <b>transportation</b> to and from Pre-K programs will <b>be the family's responsibility</b>. <i>Entiendo que <b>el transporte</b> hacia y desde los programas Pre-K es <b>la responsabilidad de la familia</b>.</i></p> <p><i>How will your child get to school? ¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela?</i></p> <hr/>
	<p>I understand that if there is a change in my child's address, phone number or attendance in any type of licensed care, or if there is change in family size, family income, it is my responsibility to notify the Pre-K Application Center and inform them of any changes.</p> <p><i>Entiendo que si hay algún cambio en dirección, teléfono o asistencia en cualquier tipo de cuidado con licencia, tamaño de la familia, o algún cambio en el ingreso familiar, es mi responsabilidad de ponerme en contacto con el centro de Aplicación Pre-K e informarles de los cambios ocurridos.</i></p>
	<p>I understand that <b>my child will need</b> a current, updated health assessment <b>before</b> he/she <b>attends</b> a program.</p> <p><i>Entiendo que <b>mi niño(a) necesitará</b> un examen médico <b>antes</b> de <b>asistir</b> al programa.</i></p>
	<p>I Understand that my child <b>may be placed on a waiting list</b>.</p> <p><i>Entiendo que mi niño(a) <b>podría ser puesto(a) en lista de espera</b>.</i></p>

## Family Agreements/Acuerdos de Familia

I understand that in signing this application, I am stating that I have the right to make educational decisions for this child. */Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy declarando que tengo el derecho de tomar decisiones educativas para éste niño.*

If there is shared custody, all parents and step-parents should sign application and submit income documentation. List all family members/*Si hay custodia compartida, todos los padres y padrastros deben firmar la solicitud y presentar la documentación de ingresos. Listar a todos los miembros de la familia*

I understand that the Pre-K Application Center cannot refuse any information about a child to his or her parent without clear legal documentation/*Entiendo que el Centro de solicitud de pre kínder no puede rechazar ninguna información sobre un niño a sus padres sin una documentación legal clara.*

- I certify that all information provided is true, correct and complete and that all income has been reported and documented. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds/*Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados y documentados. Entiendo que esta información es dada para documentar elegibilidad para el recibo de fondos del programa.*
- Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable North Carolina state laws/*Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra conforme a las leyes estatales de Carolina del Norte.*



**Parent/Guardian Signature:\*/Firma del padre o la madre/guardián:\***

---

**Relationship to child/Relación hacia el niño (a):**

---

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**\* If guardian signs, please attach documentation of guardianship. /\*Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela**