

# Wake County Pre-Kindergarten Application



Esta aplicación es para niño(a) s que hayan cumplido los cuatro años para el 31 de agosto del 2021.

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

## Enviar una aplicación completa por correo a:

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

## NOTAS IMPORTANTES

- ★ Aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como “completas.” Ver la Lista de Verificación.
- ★ El transporte para PreK es responsabilidad de la familia.
- ★ Las aplicaciones serán aceptadas durante todo el año. **Solamente las aplicaciones recibidas hasta el 30 de abril del 2021 serán consideradas para todos los programas.** Aplicaciones recibidas después del 30 de abril serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten
- ★ Las asignaciones iniciales estarán completas el 14 de agosto del 2021. Detalles y actualizaciones no estarán disponibles hasta después de esta fecha.

# Lista de Verificación

**¡REQUERIDO! Por favor adjunte lo siguiente con su aplicación:**

## **COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A**

Pasaporte o Registro de Iniciación de Fe (Nombramiento, Brit Milá, Bautismo, Dedicación)

## **DOCUMENTACION DE RESIDENCIA DEL CONDADO DE WAKE**

Entregar uno de los siguientes:

### ***Copia de contrato de arrendamiento firmado***

Debe incluir: dirección completa, nombres del padre y firmas de los padres.

### ***Factura más reciente de servicios (luz/agua/Gas)***

Factura de servicios deberá incluir: nombre de la compañía, nombre de los padres, dirección de servicio- No puede ser Notificación Final expirada o notificación de Desconexión.

**Si el nombre de los padres no está en el contrato o factura, adjunte el contrato o factura y una carta de parte de la persona a nombre de la cuenta indicando que la familia vive en la residencia con el/ella.**

## **TODAS LAS FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA**

- Incluya al menos un mes de talones de pago para cada padre o tutor empleado, así como documentación de los ingresos de manutención infantil, jubilación y/o compensación del trabajador.
- Si le pagan semanalmente: envíe 4 recibos de pago consecutivos
- Si le pagan cada dos semana/dos veces al mes: envíe 2 recibos de pago consecutivos
- Si le pagan mensualmente- envíe 2 recibos de pago de mes completo
- Si no hay recibos de pago, por favor enviar una declaración del supervisor, IRS 1040 de 2020, carta de beneficios de desempleo/seguridad social o copias de todos los W-2 de 2020.
- Si no tiene ninguna fuente de ingresos mencionada anteriormente, complete y envíe un estado de cero ingresos de prekínder.

## **DOCUMENTACION OPCIONAL**

Nota: Algunos programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias proveen la siguiente documentación:

- Copia del Programa Individualizado Educativo (IEP) de la escuela pública.
- Documentación de servicio militar de los padres (incluye servicio activo y lesiones graves o muerte resultante de servicio militar)
- Enfermedad crónica – evaluación de salud del niño/a o nota de proveedor médico indicando enfermedad crónica del niño/a.
- Copia actual de evaluación educativa/de desarrollo indicando necesidad educativa o de desarrollo.

**Para información adicional, por favor llame a la línea de información de aplicación de Pre-K al 919-723-9299.**

Fecha de recibido:



## INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del niño/a	Nombre legal del niño/a	Nombre Medio Legal del Niño/a
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Número de teléfono de casa ( ) -
¿Es el niño/a hispano/latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su niño/a es ciudadano de US? <small>La información no se utiliza para determinar la elegibilidad</small> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Qué categoría describe mejor la raza del estudiante? <input type="checkbox"/> Indio Nativo/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas Pacificas		

## INFORMACION DE LA FAMILIA

Incluya los nombres de los padres u otros tutores legales. Si se comparte la custodia, por favor proporcione documentación de cómo se deben tomar las decisiones educativas. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a un miembro del personal de Pre-K.

1. Primer Nombre		Apellido			
Email		Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Otro			
Teléfono de casa ( )		Teléfono de día ( )		Teléfono Celular ( )	
2. Primer Nombre		Apellido			
Email		Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Otro			
Teléfono de casa ( )		Teléfono de día ( )		Teléfono Celular ( )	
Dirección del Niño/a				Apartamento o Número de Suite	
Ciudad		Estado		Código Postal	

<b>Dirección postal (si es diferente de la dirección del niño/a)</b>		<b>Apartamento o Número de Suite</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>

**¿Con quién vive el estudiante? (Escoja solamente uno)**

- Padre #1 solamente  
 Padre #2 solamente  
 Ambos Padres  
 Custodio Legal  
 Otro – Por favor especifique:

**¿Es esta dirección temporal debido a una dificultad?**

- Si  No

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

**¿Dónde duerme el niño/a por la noche? (Puede elegir más de una opción)**

- El estudiante vive con padre/custodio legal en una residencia propia o arrendada por el padre/custodio legal  
 En un Motel/Hotel  
 En un Refugio  
 Moviéndose de un lugar a otro  
 En una Iglesia

### INFORMACION DE LA FAMILIA

Por favor anote al niño/a, padres, padrastros, hermanos, hermanas y/o guardianes **que viven en la casa con el niño/a.**

Nombre	Relación con el niño/a	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Por favor, marcar si el niño/a tiene necesidades especiales
Nombre del Niño/a	Aplicante		
Nombre de la Madre			
Nombre del Padre			
Hermanos/as: 1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Número total en la familia**

## INFORMACIÓN DEL IDIOMA DEL HOGAR

¿Qué idioma utiliza su niño/a para comunicarse con más frecuencia?

¿Qué idioma utiliza usted con más frecuencia para hablar con su niño/a?

¿Qué idioma aprendió su niño/a cuando empezó a hablar?

## OTROS FACTORES POR CONSIDERAR

Si aplica, adjunte la documentación que indique que el niño/a tiene cualquiera de los siguientes factores:

**(Marque todos los que correspondan)**

- Programa Individualizado de Educación activo (IEP)
- Habilidad de Inglés Limitado
- Condición de Salud Crónica
- Necesidad de Desarrollo o Educativa
- Padre o guardián legal del niño/a es miembro activo del servicio militar o fue seriamente herido o falleció mientras estaba activo en el servicio militar.

## EDUCACION

**Por favor marque sólo uno**

Mi niño/a nunca ha asistido a PreK, guardería, un programa de cuidado infantil o un hogar de cuidado infantil familiar

En el pasado, mi niño/a asistía a la guardería, un programa de cuidado infantil o un hogar de cuidado infantil familiar, pero no está asistiendo ahora. Mi niño/a se queda con miembros de la familia o una niñera.

Nombre del Sitio/Escuela/Hogar de Cuidado Infantil Familiar \_\_\_\_\_

Fecha de la última vez que asistió (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

Mi niño/a está actualmente asistiendo a un programa de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.

Nombre del Sitio Actual/Escuela/Hogar de Cuidado Infantil Familiar \_\_\_\_\_

Dirección

Apartamento o Suite

Ciudad

Estado

Código Postal

Clasificación por estrellas del programa (1-5)

¿Su niño/a asiste menos de 10 horas por semana?  YES  NO

¿Tiene su niño/a subsidio para cuidado de niños?  YES  NO

**¿Cómo se enteró del Programa? (Marcar todos los que se aplican)**

- Búsqueda de internet
- Especifique:
- Facebook
- Twitter
- Evento

- Comunidad
- Guardería
- Periódico
- Volante

- Familia
- Iglesia
- Escuela
- Otro
- Especifique:

## INGRESO FAMILIAR

Si se reporta el ingreso "0", envíe una declaración de Pre-K firmada y fechada de un familiar y/o amigo que pueda verificar los ingresos de su familia. (Forma disponible en [www.wakesmartstart.org/families/apply-to-wake-pre-k/apply/](http://www.wakesmartstart.org/families/apply-to-wake-pre-k/apply/)) NOTE: Se requiere documentación de todas las fuentes de ingresos de la familia.

<b>Nombre del Padre o Custodio #1</b>		
Estatus de Empleo ( <i>Marque todos los que apliquen</i> ) <input type="checkbox"/> Empleado - promedio de horas trabajadas por semana: Horas _____ <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Asistiendo Universidad/Colegio <input type="checkbox"/> Asistiendo Escuela Superior/Secundaria <input type="checkbox"/> Asistiendo entrenamiento para empleo <input type="checkbox"/> Otro (Por favor explique):		
Lugar de Empleo	Teléfono del trabajo (      )	
Sueldo bruto antes de impuestos: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Pensión conyugal/alimenticia: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Manutención de los Niños \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Compensación del trabajador/ Discapacidad \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Desempleo: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
SS/SSI/SSA/TANF/Work First: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
<b>Nombre del Padre o Custodio #2</b>		
Estatus de Empleo ( <i>Marque todos los que apliquen</i> ) <input type="checkbox"/> Empleado - promedio de horas trabajadas por semana: Horas _____ <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Asistiendo Universidad/Colegio <input type="checkbox"/> Asistiendo Escuela Superior/Secundaria <input type="checkbox"/> Asistiendo entrenamiento para empleo <input type="checkbox"/> Otro (Por favor explique):		
Lugar de Empleo	Teléfono del trabajo (      )	
Sueldo bruto antes de impuestos: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Pensión conyugal/alimenticia: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Manutención de los Niños \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Compensación del trabajador/ Discapacidad \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
Desempleo: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
SS/SSI/SSA/TANF/Work First: \$	Esta cantidad es: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal	
<b>Solo para uso de la oficina:</b>		

## RESPONSABILIDAD FAMILIAR

**Por favor, lea atentamente y escribe sus iniciales en cada caja para confirmar su comprensión y aceptación de sus responsabilidades.**

Iniciales aquí	Autorizo a las agencias de Pre-K del sistema de Escuelas Públicas del Condado de Wake, Wake County Smart Start, Wake County Human Services y Telamon Head Start para intercambiar información sobre mi niño/a con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas Pre-K financiados por el estado y el gobierno federal y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación temprana. También autorizo a las agencias de Pre-K que se asocian para compartir la información de contacto de mi familia con los socios del Condado de Wake que sirven a niños de 4 años, si creen que mi niño/a es elegible para otros programas comunitarios.
Iniciales aquí	Doy permiso para que mi niño/a reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, odontología, y/o de habla y lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con programas asociados Pre-K (Sistema Escolar público del Condado de Wake, Wake County Smart Start y Telamon Head Start).
Iniciales aquí	Entiendo que si mi niño/a es seleccionado, se espera que la familia participe. Mi familia se compromete a cooperar con el programa a presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.
Iniciales aquí	Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia
Iniciales aquí	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.
Iniciales aquí	Entiendo que mi niño/a necesitará un examen médico actualizado antes de asistir al programa de PreK.
Iniciales aquí	Entiendo que mi niño/a podría ser colocado/a en lista de espera.

## ACUERDO FAMILIAR

Entiendo que al firmar esta solicitud estoy declarando que tengo el derecho de tomar decisiones educativas para este niño/a.

Si hay una custodia compartida, todos los padres y padrastros deben firmar la solicitud y presentar la documentación de ingresos. Enumere todos los miembros de la familia.

Entiendo que el Centro de solicitud de prekínder no puede negarse a proveer información o documentación sobre el niño/a, a menos que se le haya entregado al programa documentación legal clara prohibiendo divulgar esta información con esa persona.

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.

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.

<b>Firma de padre/madre/guardián</b> ( <i>Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela</i> )	
Relación con el niño/a:	Fecha (mm/dd/yyyy)