

# Aplicación de Prekínder del Condado de Wake

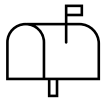
Para niños que tendrán CUATRO años para el 31 de agosto de 2022



Esta aplicación es para niño(a)s que hayan cumplido los **cuatro** años para el 31 de agosto del 2022.

Si su niño(a) es menor, por favor llame a Wake ThreeSchool o Telamon Head Start a uno de los siguientes lugares:

- Wake ThreeSchool (Wake County Smart Start) 919-851-9550
- 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:

Centro de Aplicación de Wake  
4901 Waters Edge Drive, Suite 101  
Raleigh, NC 27606

Para información adicional, por favor visite [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org)

## NOTAS IMPORTANTES

- ★ Aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como “completas.” Ver la Lista de Verificación.
- ★ El transporte para Pre-K es responsabilidad de la familia.
- ★ Las aplicaciones serán aceptadas durante todo el año. **Solamente las aplicaciones recibidas hasta el 15 de junio del 2022 serán consideradas para todos los programas.** Aplicaciones recibidas después del 15 de junio serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten
- ★ Las asignaciones iniciales estarán completas a mediados de agosto del 2022. 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

- Si el acta de nacimiento está en español o en un lenguaje que no es inglés, por favor incluye una copia del pasaporte con su copia del acta de nacimiento del niño/a.

## DOCUMENTACION DE RESIDENCIA DEL CONDADO DE WAKE

Entregar uno de los siguientes:

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

Debe incluir: dirección completa, nombres de los padres/guardianes, firmas de los padres/guardianes y firma del propietario.

### ***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 expirada.

**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 2021**, carta de beneficios de desempleo/seguridad social o copias de todos los W-2 de **2021**.
- 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 visite [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org)

# Aplicación de Prekínder del Condado de Wake 2022-23

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

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	
¿Es el niño/a hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su niño/a es ciudadano de US? <i>La información no se utiliza para determinar la elegibilidad</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué categoría describe mejor la raza del estudiante? (Marque todo lo que corresponda.) <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 Hawái/Islands Pacíficas		

## INFORMACION DE LA FAMILIA

Incluya los nombres de los padres u otros guardianes 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	
Correo electrónico (email)	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio Legal/Guardián <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono de casa (      )	Teléfono de día (      )	Teléfono Celular (      )
2. Primer Nombre	Apellido	
Correo electrónico (email)	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio Legal/Guardián <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

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

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

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

¿Es esta dirección temporal debido a una dificultad?	Condado de residencia:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(esta aplicación es solo 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/guardián en una residencia propia o arrendada por el padre/custodio legal/guardián  
 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		<input type="checkbox"/>
Nombre de la Madre/Guardián			
Nombre del Padre/Guardián			
Hermanos/as: 1			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>

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 Pre-Kínder (pre-k), 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 Número de Suite

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Tiene su niño/a subsidio para cuidado de niños?

Sí  No

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

- Búsqueda de internet (especifique): \_\_\_\_\_
- Periódico
- Asistió hermano/a o familiar
- Facebook
- Volante
- Escuelas Públicas del Condado de Wake (WCPSS)
- Twitter
- Familia/Amigos
- Head Start
- Evento comunitario
- Iglesia
- Wake County Smart Start
- Guardería
- Doctor/Pediatra
- Otro: \_\_\_\_\_

## 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.

### Nombre de Madre/Padre o Guardián #1

#### Estatus de Empleo (*Marque todos los que apliquen*)

- Empleado - promedio de horas trabajadas por semana: Horas \_\_\_\_\_  No empleado  Buscando Empleo  
 Asistiendo Universidad/Colegio  Asistiendo Escuela Superior/Secundaria  Asistiendo entrenamiento para empleo  
 Otro (Por favor explique):

Lugar de Empleo

Teléfono del trabajo

( )

Sueldo bruto antes de impuestos:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Pensión conyugal/alimenticia:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Manutención de los Niños  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Compensación del trabajador/  
Discapacidad \$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Desempleo:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

SS/SSI/SSA/Work First/TANF:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

### Nombre de Madre/Padre o Guardián #2

#### Estatus de Empleo (*Marque todos los que apliquen*)

- Empleado - promedio de horas trabajadas por semana: Horas \_\_\_\_\_  No empleado  Buscando Empleo  
 Asistiendo Universidad/Colegio  Asistiendo Escuela Superior/Secundaria  Asistiendo entrenamiento para empleo  
 Otro (Por favor explique):

Lugar de Empleo

Teléfono del trabajo

( )

Sueldo bruto antes de impuestos:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Pensión conyugal/alimenticia:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Manutención de los Niños  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Compensación del trabajador/  
Discapacidad \$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Desempleo:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

SS/SSI/SSA/Work First/TANF:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

**Solo para uso de la oficina:**

## 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	<b>Doy permiso para que mi niño/a reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, odontología, y/o de habla y lenguaje</b> , 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, <b>se espera que la familia participe</b> . Mi familia se compromete a cooperar con el programa a presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.
Iniciales aquí	<b>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</b>
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 <b>examen médico actualizado antes de asistir al programa de Pre-K.</b>
Iniciales aquí	<b>Entiendo que mi niño/a podría ser colocado/a en lista de espera.</b>

## 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.

**Firma de padre/madre/guardián** (*Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.*)

Relación con el niño/a:

Fecha (mm/dd/yyyy)