

# Solicitud de Prekínder del Condado Wake

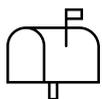
Para niños que cumplirán CUATRO años a más tardar el 31 de agosto de 2023



Esta solicitud es para niño(a)s que cumplirán los **cuatro** años a más tardar el **31 de agosto del 2023**.

Si su niño(a) cumplirá tres años a más tardar el 31 de agosto del 2023, o tiene menos de 3 años, por favor llame a Wake ThreeSchool o a Telamon Head Start en 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



**Envíe una solicitud completa por correo a:**

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

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

## NOTAS IMPORTANTES

- ★ Las solicitudes deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como “completas”. Consulte la Lista de Verificación.
- ★ El transporte para Pre-K es la responsabilidad de la familia.
- ★ Las solicitudes se aceptarán todo el año para el año de solicitud. Solamente las solicitudes recibidas hasta el 16 de junio del 2023 serán consideradas para todos los programas. Las solicitudes recibidas después del 16 de junio serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten.
- ★ Las asignaciones iniciales se completarán para mediados de agosto del 2023. Los detalles y las actualizaciones no estarán disponibles hasta después de esa fecha.

# LISTA DE VERIFICACIÓN

**¡Requerido! Por favor adjunte lo siguiente con su solicitud:**

## **COPIA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A\***

- Si la partida de nacimiento de su niño/a está en un idioma distinto al inglés, por favor incluya una copia del pasaporte junto a una copia de la partida de nacimiento del niño/a.

## **DOCUMENTACION DE DOMICILIO EN EL CONDADO DE WAKE**

(Presente uno de los siguientes)

### **Copia del contrato de arrendamiento *actual* firmado**

Debe incluir: dirección completa, nombre del padre/madre/tutor legal, firmas del padre/madre/tutor legal y firma del arrendador.

### **Factura más reciente de servicios públicos (luz, agua o gas)**

No puede ser una notificación final, expirada o una notificación de desconexión. Si el nombre del padre/la madre no está en el contrato o factura: adjunte una factura y una carta de parte de la persona a nombre de la cuenta indicando que la familia vive en la residencia con ellos.

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

Por favor presente una de las siguientes frecuencias de pago y/o otras fuentes de ingresos, así como cualquier pensión alimenticia, jubilación y/o compensación laboral.

- Si le pagan semanalmente: presente 4 talones de pago consecutivos
- Si le pagan cada dos semanas/dos veces al mes: presente 2 talones de pago consecutivos
- Si le pagan mensualmente: presente al menos 2 talones de pago de meses enteros
- Si no se halla disponible un talón de pago, por favor presente una declaración de ingresos por parte de su supervisor, **2022 IRS 1040**, carta de beneficios de desempleo/seguridad social o copias de todos los formularios W-2 del **2022**.
- Si no tiene ningún tipo de ingreso para reportar o documentación de ingresos, por favor contacte a Wake County Smart Start para obtener más verificación de ingresos

## **DOCUMENTACION OPCIONAL**

Por favor, considere: Algunos programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias adjuntan la siguiente documentación:

- Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP) del niño de la escuela pública.
- Documentación de servicio militar del padre/madre (incluye servicio activo actual y lesiones graves o muerte resultante del servicio militar)
- Enfermedad crónica – evaluación de la salud del niño/a o carta del proveedor médico indicando una enfermedad crónica del niño/a.
- Copia actual de pruebas o evaluaciones educativas/del desarrollo indicando necesidad educativa o del desarrollo.

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

# Solicitud de Prekínder del Condado de Wake 2023-24

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Fecha de recibido:



## INFORMACION DEL ESTUDIANTE

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| Apellido legal del niño/a  | Nombre legal del niño/a  | Segundo nombre legal del niño/a |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)   | <b>Sexo</b><br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  |                                 |
| <b>¿Es el niño/a hispano/latino?</b><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <b>¿Su niño/a es ciudadano de EE. UU?</b> <i>La información no se utiliza para determinar la elegibilidad</i><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                 |
| <b>¿Qué categoría describe mejor la raza del estudiante? (Marque <i>TODO</i> lo que corresponda.)</b><br><input type="checkbox"/> Blanco / Americano Europeo <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático |  |                                 |

## 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 usted tiene alguna pregunta, por favor contacte a un miembro del personal de Pre-Kínder.

**Mi familia requiere el apoyo de un intérprete.**     Sí     No

De ser afirmativo, ¿de qué idioma?:

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>1. Primer Nombre</b>             | <b>Apellido</b>  |   |
| <b>Correo electrónico (email)</b>   | <b>Relación</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro                          |   |
| <b>Número de teléfono principal</b> | <b>Número de teléfono celular</b>  | <b>Método preferido de contacto</b><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico<br><input type="checkbox"/> Mensaje de texto |
| <b>2. Primer Nombre</b>             | <b>Apellido</b>  |   |
| <b>Correo electrónico (email)</b>   | <b>Relación</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro – Por favor especifique: |   |
| <b>Número de teléfono principal</b> | <b>Número de teléfono celular</b>  | <b>Método preferido de contacto</b><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico<br><input type="checkbox"/> Mensaje de texto |

|   |        |  |
|---|--------|--|
| Dirección del hogar del niño/a  |        | Apartamento o número de suite  |
| Ciudad  | Estado | Código postal  |
| Dirección postal (si es diferente a la dirección del niño/a)  |        | Apartamento o número de suite  |
| Ciudad  | Estado | Código postal  |
| ¿Con quién vive el estudiante? (Escoja solamente uno)   |        |  |
| <input type="checkbox"/> Padre #1 solamente <input type="checkbox"/> Padre #2 solamente <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Tutor legal<br><input type="checkbox"/> Otro – Por favor especifique:  |        |  |
| ¿Es esta dirección temporal debido a una dificultad?  |        | Condado de residencia: (esta solicitud es sólo para las personas que residen en el Condado Wake) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |        |  |
| ¿Dónde duerme el niño/a por la noche? (Puede elegir más de una opción)  |        |  |
| <input type="checkbox"/> El estudiante vive con uno de los padres o tutor legal en una residencia propia o arrendada por el padre/madre/ tutor legal<br><input type="checkbox"/> En un motel u hotel <input type="checkbox"/> En un albergue <input type="checkbox"/> Moviéndose de un lugar a otro <input type="checkbox"/> En una Iglesia |        |  |

| INFORMACIÓN DE LA FAMILIA  |                        |                                  |   |
|--|------------------------|----------------------------------|---|
| Por favor enumere al niño/a, padres, padrastros, hermano/as y/o tutores legales <u>que vivan en la casa con el niño/a.</u> |                        |                                  |   |
| Nombre   | Relación con el niño/a | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Por favor, marcar si el niño/a tiene necesidades especiales |
| Nombre del niño/a  | Niño solicitante       |                                  | <input type="checkbox"/>                                    |
| Nombre del padre/madre/tutor legal   |                        |                                  |   |
| Nombre del padre/madre/ tutor legal  |                        |                                  |   |
| Nombres de los hermano/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 corresponde, adjunte la documentación que indique que el niño/a tiene cualquiera de los siguientes factores:

**(Marque todos los que correspondan)**

- Programa de Educación Individualizada (IEP) activo
- Dominio limitado del inglés
- Condición de salud crónica
- Necesidad educativa o del desarrollo
- Padre/Madre o tutor legal del niño/a es miembro activo del servicio militar o fue seriamente herido o falleció mientras estaba en servicio activo.

## EDUCACION

**Por favor marque sólo uno**

Mi niño/a nunca ha asistido a Prekínder (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.

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

- Entiendo que la colocación no está garantizada, si califica, me gustaría que mi hijo/a se quedara en la guardería/prescolar que actualmente asiste
- Me gustaría que mi hijo sea considerado para todos los programas para los que es elegible: Head Start, Cuidado infantil privado, Escuelas públicas del condado de Wake

Nombre del Sitio Actual/Escuela/Hogar de Cuidado Infantil Familiar:

Dirección

Apartamento o número de suite

Ciudad

Estado

Código postal

¿Recibe su niño/a subsidio para cuidado de niños?  **Sí**  **No**

¿Recibe su familia servicios de alimentos y nutrición (SNAP)?  **Sí**  **No**

Por recopilación de datos- Su hijo/a requerirá cuidado antes y después de escuela mientras atiende a Wake Pre-K?

**Sí**  **No**

¿Cómo se enteró usted del Programa? **(Marque todo lo que corresponda)**

Búsqueda de internet (especifique la página web): \_\_\_\_\_  Periódico  Asistió hermano/a o familiar

Facebook

Volante

Escuelas Públicas del Condado Wake (WCPSS)

Twitter

Familia/Amigos/Vecino

Head Start

Evento comunitario

Iglesia

Wake County Smart Start

Guardería

Doctor/Pediatra

Otro:

## INGRESO FAMILIAR

Si se reporta "0" ingreso, comuníquese con Wake County Smart Start para obtener más verificación de ingresos.

### Nombre del Padre o Custodio #1

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

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

Si trabaja en educación (maestro, administrador, transporte etc.) Por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso de empleado  10 meses  11 meses  12 meses

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/TANF/Work First:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

### Nombre del Padre o Custodio #2

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

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

Si trabaja en educación (maestro, administrador, transporte etc.) Por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso de empleado  10 meses  11 meses  12 meses

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/TANF/Work First:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

**Solo para uso de la oficina:**

## RESPONSABILIDAD FAMILIAR

**Por favor, lea cuidadosamente y coloque sus iniciales en cada cajita para confirmar su entendimiento y aceptación de sus responsabilidades.**

|                |   |
|----------------|---|
| Iniciales aquí | Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start, Wake County Human Services y Telamon Head Start a intercambiar información sobre mi niño/a con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas Pre-K financiados por el gobierno estatal y 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 asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los asociados del Condado de Wake que sirvan 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 pruebas de desarrollo, audición, visión, dental, y/o de habla y lenguaje,</b> y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con programas Pre-K asociados (Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start y Telamon Head Start).  |
| Iniciales aquí | Entiendo que, si mi niño/a es seleccionado para participar, <b>se espera que la familia participe.</b> Mi familia cooperará con los programas al presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.  |
| Iniciales aquí | <b>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K será la responsabilidad de la familia.</b>  |
| Iniciales aquí | Entiendo que, si existe algún cambio en la dirección, teléfono o asistencia de mi niño en cualquier tipo de cuidado infantil con licencia, o si existe algún cambio en el tamaño o ingreso familiar, es mi responsabilidad ponerme en contacto con el Pre-K Aplicación Center (Centro de Solicitudes de Pre-K) e informarles de cualquier cambio.   |
| Iniciales aquí | Entiendo que mi niño/a necesitará un <b>examen médico al día, actualizado</b> antes de asistir a un programa de Pre-K.  |
| 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 a tomar decisiones educativas por este niño/a.

Si existe 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 Pre-K Aplicación Center (Centro de Solicitudes de Pre-K) no puede negarse a proveer información o documentación sobre el niño/a a uno de los padres o tutor legal, a no ser que se le haya entregado documentación legal clara al programa que prohíba compartir esta información con esa persona.

Yo certifico que toda la información es verdadera, correcta y completa, y que todos los ingresos han sido reportados y documentados. Entiendo que se provee esta información para documentar elegibilidad para el recibo de fondos del programa.

El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La falsa representación deliberada puede someterme a un proceso judicial bajo la ley estatal de Carolina del Norte aplicable.

**Firma de padre/madre/tutor legal** (*Si el tutor legal firma, por favor adjunte una copia de la documentación de custodia legal.*)

Relación con el niño/a:

Fecha (mm/dd/aaaa)