

Solicitud de Prekínder del Condado Wake 2025-2026

Para niños que cumplirán CUATRO años a más tardar el 31 de agosto de 2025

Si su niño(a) cumple tres años a más tardar el 31 de agosto del 2025, o tiene menos de 3 años, por favor llame a Wake ThreeSchool o a 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

Envíe su solicitud completa por correo a:

Wake Pre-K Application Center



4901 Waters Edge Drive
Suite 101
Raleigh, NC 27606



Programa Basado en Ingresos: Las familias deben cumplir con el 75% del ingreso medio estatal, o tener uno de los siguientes factores: IEP, Retraso en el desarrollo, Condición de Salud Crónica, Dominio Limitado del Ingles, o es hijo/a de un miembro elegible de la milicia.



Programa Basado en Nivel Académico: El estudiante debe mostrar una necesidad académica mediante una evaluación de desarrollo.

***El estudiante debe aplicar antes de la fecha límite estipulada por Title 1 - Junio 13, 2025**



Programa Basado en Ingresos: Las familias deben cumplir con el 130% del nivel federal de pobreza, o tener uno de los siguientes factores: Recibe beneficios de asistencia pública (SNAP y TANF - solo el estudiante), el niño/a no tiene hogar, tiene padre sustituto o esta en el programa de Custodia Temporal (Foster Care).

⚠ AVISOS IMPORTANTES

★ La aplicación debe incluir **TODOS** los documentos requeridos para ser considerada "completa".

****Ver Lista de Verificación****

★ El transporte para Pre-K es responsabilidad de la familia.

★ Las aplicaciones se aceptarán durante todo el año escolar. Solo las aplicaciones recibidas hasta el 13 de junio del 2025, serán consideradas para todos los programas. **Las aplicaciones recibidas después de la fecha límite solo serán consideradas para los programas de NC Pre-K y Telamon Head Start.**

★ **Las asignaciones iniciales se completarán para mediados de agosto del 2025.** Los detalles y las actualizaciones no serán disponibles hasta después de esta fecha.

Para más información, por favor visite www.wakesmartstart.org



LISTA DE VERIFICACIÓN

¡REQUERIDO! Por favor incluya estos documentos con su aplicación:



COPIA DE LA ACTA 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.



DOCUMENTACIÓN DE DOMICILIO EN EL CONDADO DE WAKE

****Presente UNO (1) 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 solamente)

- 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 uno de los siguientes documentos de pago y/u otras fuentes de ingresos, así como cualquier pensión alimenticia, jubilación, y/o compensación laboral.

- Si recibe pago semanalmente: presente 4 talones de pago consecutivos.
- Si recibe pago cada dos semanas/dos veces al mes: presente 2 talones de pago consecutivos.
- Si recibe pago mensualmente: presente al menos 2 talones de pago de meses enteros.
- Si no puede presentar un talón de pago, por favor someta una declaración de ingresos por parte de su supervisor, o el **Formulario 1040 del 2024**, o una carta de beneficios de desempleo/seguridad social, o copias de todos los formularios **W-2 del 2024**.

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.



DOCUMENTACIÓN OPCIONAL

Para su consideración: Algunos programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias incluyen 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 más información, por favor visite www.wakesmartstart.org



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal del niño/a	Segundo nombre legal del niño/a	Apellido legal del niño/a
-------------------------	---------------------------------	---------------------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Su niño/a es ciudadano de EE. UU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	---	---

¿Es el niño/a Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>El estatus de ciudadanía de su hijo/a no será un factor al considerar su elegibilidad al programa de Prekínder.</i>
--	--

★ ¿Qué categoría describe mejor la raza del estudiante? (Debe marcar **AL MENOS una**)

Blanco/Americano Europeo Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
 Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro-Americano Asiático

INFORMACIÓN FAMILIAR

! Incluya los nombres de los padres u otros tutores legales. Si tiene custodia compartida, 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: Si No Si es así, ¿en qué idioma?:

Padre #1: Primer Nombre	Apellido
-------------------------	----------

Correo electrónico (Email)	Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro
----------------------------	---

Número de teléfono principal	Número de teléfono celular	Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
------------------------------	----------------------------	---

★ ¿Hay un segundo Padre en el hogar? Si No

Padre #2: Primer Nombre	Apellido
-------------------------	----------

Correo electrónico (Email)	Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro
----------------------------	---

Número de teléfono principal	Número de teléfono celular	Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
------------------------------	----------------------------	--

Dirección del hogar del niño/a:	Apartamento o número de unidad:
---------------------------------	---------------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (si es diferente a la dirección del niño/a):	Apartamento o número de unidad:
---	---------------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

¿Con quién vive el estudiante? Escoja solamente UNO (1):

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

★ Condado de residencia:	**Esta aplicación es SOLO para los residentes del Condado de Wake. Si usted no vive en este condado, no podemos aceptar al estudiante.
--------------------------	---

SECCIÓN FAMILIAR

! Esta sección se debe completar para poder procesar su aplicación

Por favor enumere al niño/a, padres, padrastros, hermano/as, y/o tutores legales que vivan en el hogar con el estudiante.

Nombre	Relación con el niño/a	Cumpleaños	Necesidades Especiales
Nombre del niño/a	Niño/a solicitante		<input type="checkbox"/>
	Padre/Tutor Legal		<input type="checkbox"/>
	Padre/Tutor Legal		<input type="checkbox"/>
1.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>
2.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>
3.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>
4.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>
5.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>
6.	Hermano/a		<input type="checkbox"/>

★ Número total de Familiares

SELECCIONE CATEGORÍAS PARA CONSIDERAR



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?

****Si corresponde, incluya la documentación que verifique las opciones que usted seleccionó****

*OTROS FACTORES DE CONSIDERACIÓN

Dominio limitado del inglés
(DOCUMENTOS NO NECESARIOS)

Condición de Salud Crónica

Necesidad Educativa o de Desarrollo

Programa de Educación Individualizada **Activa** (IEP)

Padre o Tutor Legal del niño/a es miembro **activo** del servicio militar, o fue seriamente herido, o falleció mientras estaba en servicio activo.

¿Su hijo/a necesita servicios especiales o adicionales?

Si

No

En dado caso, por favor de indicar los servicios:

! Esta sección se debe completar para poder procesar su aplicación

★ FACTORES ADICIONALES PARA CONSIDERAR - Marque todo lo que corresponda

¿Su familia recibe alguno de estos recursos?:

- Custodia Temporal (Foster Care)
- Servicio de Refugiado
- SNAP/Food Stamps
- Medicaid
- WIC
- Programa de Vivienda Pública

Documentación es NECESARIA

¿En dónde duerme el niño/a por la noche? Solo se puede elegir UNA (1) opción:

- El estudiante vive con uno de los padres o tutor legal en una residencia propia o arrendada por el padre/madre o tutor legal.
- En un hotel o motel
- En un albergue
- En una iglesia
- Tiene falta de vivienda
- Se mueve de un lugar a otro
- Vive con familiares de forma temporal por falta de recursos



EDUCACIÓN *Por favor marque sólo UNO (1)*

Mi niño/a nunca ha asistido al Prekínder (Pre-K), guardería, a un programa de cuidado infantil, o un hogar de cuidado infantil familiar

En el pasado, mi niño/a asistía a la guardería, a 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.

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

Dirección:

Apartamento o Número de suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Por favor marque sólo UNO (1)

Entiendo que el cupo no está garantizado, pero si califica, **me gustaría que mi hijo/a se quedará en la guardería/prescolar en la que actualmente asiste.**

Me gustaría que mi hijo sea considerado para todos los programas para los que es elegible: Head Start, Wake County Smart Start, y Escuelas públicas del condado de Wake

Información Adicional

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

SÓLO PARA FINES DE DATOS - ¿Su hijo/a requiere cuidado antes y después de la escuela mientras atiende Wake Pre-K? Si No

SÓLO PARA FINES DE DATOS - ¿Su hijo/a requiera transporte mientras atienda a Wake Pre-K? Si No



NOTA IMPORTANTE: El transporte es responsabilidad de los Padres/Tutores Legales



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

Redes Sociales/Noticias

- Búsqueda de internet
- Facebook/Instagram
- Comercial de T.V
- Volante
- Radio

Comunidad

- Familia/Amigos/Vecino
- Asistió hermano/a/ familiar a Pre-K o Wake ThreeSchool
- Iglesia
- Doctor/Pediatra
- Evento de la Comunidad

Organización/Programa

- Guardería
- Wake County Smart Start
- Telamon Head Start
- Escuelas Públicas del Condado de Wake(WCPSS)
- Otro

INGRESO FAMILIAR

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

Nombre del Padre/Tutor Legal #1:

Estatus de Empleo (**Marque todos los que apliquen**) Empleado (Promedio de horas por semana): _____

- Sin Empleo Asistiendo Preparatoria
 Buscando Empleo Asistiendo Entrenamiento del Empleo
 Asistiendo Escuela Superior/Secundaria Otro: _____

***Si trabaja en educación (como maestro, administrador, en transporte, etc.) por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso :**

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 de Empleado/
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/Work First/TANF:
\$

Esta cantidad es:

Anual Mensual Dos veces al mes Cada 2 semanas Semanal

Nombre del Padre/Tutor Legal #2:

Estatus de Empleo (**Marque todos los que apliquen**) Empleado (Promedio de horas por semana): _____

- Sin Empleo Asistiendo Preparatoria
 Buscando Empleo Asistiendo Entrenamiento del Empleo
 Asistiendo Escuela Superior/Secundaria Otro: _____

***Si trabaja en educación (como maestro, administrador, en transporte, etc.) por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso :**

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 de Empleado/
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/Work First/TANF:
\$

Esta cantidad es:

Anual Mensual Dos veces al mes Cada 2 semanas Semanal



RESPONSABILIDAD FAMILIAR

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



Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas (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 sirven a niños de 4 años, si creen que mi niño/a es elegible para otros programas comunitarios.

Iniciales



Autorizo a que mi niño/a reciba pruebas de desarrollo, audición, visión, dental, y/o de habla y lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los programas asociados con NC Pre-K (Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start, y Telamon Head Start).

Iniciales



Entiendo que, si mi niño/a es seleccionado para participar, **se espera que la familia participe**. Mi familia cooperará con los programas al **presentar la documentación y las solicitudes necesarias para servicios adicionales**.

Iniciales



Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de NC Pre-K será la responsabilidad de la familia.

Iniciales



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 Centro de Solicitudes de Pre-K (Pre-K Application Center) e informarles de cualquier cambio.

Iniciales



Entiendo que mi niño/a necesitará un examen médico al día, actualizado antes de asistir a un programa de NC Pre-K.

Iniciales



Entiendo que mi niño/a puede ser colocado/a en lista de espera y que **NO HAY** garantía de que sea aceptado/a al programa de NC Pre-K.

Iniciales



ACUERDO FAMILIAR

Entiendo que al firmar esta solicitud estoy declarando que tengo el derecho a tomar decisiones educativas por 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 Solicitudes de Pre-K (Pre-K Application Center) 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 proporciona esta información para documentar la elegibilidad para recibir 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 aplicables.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal (*Si firma el tutor legal, adjunte la documentación de la tutela.*)

Relación con el niño/a:

Fecha (mm/dd/aaaa)



Asegúrese de completar CADA sección. Si usted deja alguna sección en blanco, no podremos procesar su aplicación.