



Aplicación Para el Pre-Kindergarten del Condado de Watauga NC 2022-2023

Las familias deben completar esta aplicación para aplicar al Programa de Pre-Kindergarten de Carolina del Norte. Por favor utilice el nombre legal de su niño(a) tal y como aparece en su certificado de nacimiento. Es su responsabilidad de informarnos si cambia su dirección o su número de teléfono.

DIRECCIÓN: 225 Birch Street, Boone NC 28607 TELÉFONO: (828) 262-5424

Para ser elegible:

*El/la niño(a) debe de tener cuatro años de edad cumplidos para o antes del 31 de Agosto del 2022. Los niños(as) que son elegibles para asistir a Kindergarten no son elegibles para el programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte. *El/la niño(a) es de una familia cuyo ingreso bruto es igual o inferior al 75% del Ingreso Medio del Estado (SMI). *Los/las niños(as) de ciertas familias militares también son elegibles sin tener en cuenta los ingresos. *El 20% de los/las niños(as) inscritos elegibles por edad pueden tener ingresos familiares superiores al 75% de SMI si tienen un factor de riesgo documentado en las siguientes categorías específicas, que incluyen: Discapacidad del Desarrollo, Dominio Limitado del Inglés, Necesidad Educativa, Condición Crónica de Salud. ***Aunque un/una niño(a) puede cumplir con uno o más factores de elegibilidad, la colocación no está garantizada en un salón de clases de Pre-K de NC.***

Documentos que son requeridos que tenga cuando entregue su aplicación:

- * 2 pruebas de residencia (contrato de arrendamiento/cobro de utilidades/licencia de conducir)
- * Copia del certificado de nacimiento de su niño(a)
- * Comprobante de Ingresos:
 - Records de Impuestos – 2021 - W-2- 1040- Línea ajustada 7
 - Talones de pago (talones de pago más recientes) semanal- traer 4 talones de pago consecutivos/Quincenal- traer 2 talones de pago consecutivos/Mensual- entregar por lo menos 1 talón de pago completo
 - Cartas de adjudicación de la Administración del seguridad Social; Cartas de Adjudicación de la Comisión de Seguridad del Empleo
 - Declaración escrita del empleador – Debe de reflejar los periodos de pagos más recientes del empleado, debe de incluir la cantidad y frecuencia pagada (incluyendo tiempo extra trabajado), debe de ser firmado por el empleador, documentado en papel con membrete (si está disponible)
 - Casilla de "Notificación de documentación de ausencia de ingresos" completa incluida en esta solicitud, cuando la persona afirma no tener ingresos contables verificables
 - Trabajadores por cuenta propia - 1040- Ingreso bruto ajustado en la Línea 7 o 1099 o Estados de Cuenta Bancarios para negocios menos el 20% del ingreso total si no se proporciona documentación de impuestos o -1099 o Estados de Cuenta Bancarios para negocios menos recibos de gastos detallados
 - Declaración de Licencias y Ganancias de Miembros Militares
- *Información médica de un doctor en el caso de que su niño(a) tenga una condición médica crónica

Información Adicional

Costo de la Matrícula	Ninguno, si su niño(a) califica para el Pre-K de NC; Las comidas se pueden cobrar si exceden los requisitos de ingresos
Notificación de Aceptación	Las familias recibirán una notificación por correo a más tardar el 31 de Mayo del 2021 sobre su aceptación en el programa (en espera de la aprobación del Presupuesto de Carolina del Norte)
Lugar de Colocación	Las colocaciones se basarán en la elegibilidad, la prioridad de las necesidades, disponibilidad.
Evaluación de Salud	Se requiere una evaluación de salud dentro de los 30 días posteriores a la entrada de el/la niño(a) en el programa de Pre-Kínder de Carolina del norte
Horario	Generalmente, 7:30 am - 2:30 pm. El/la maestro(a) de el/la niño(a) les dará a las familias los detalles del lugar para los horarios de llegada/salida.
Calendario	Todas las locaciones siguen el calendario del año escolar público de las Escuelas del Condado de Watauga.

Para más información: Contacte a Hunter Varipapa a “The Children’s Council” (828) 262-5424 ext. 218 o vía email: hunter@thechildrenscouncil.org

Información Adicional

* **Para entregar la solicitud de su niño(a):** asegúrese de que **TODAS** las partes de la solicitud estén completadas y proporcione **TODA** la documentación de respaldo, si la solicitud no está completa o falta documentación, la solicitud no se puede procesar.

* **Las solicitudes y la documentación completadas se pueden enviar de una de las siguientes maneras:**

Correo electrónico: hunter@thechildrenscouncil.org

Correo: 225 Birch Street, Suite 3, ATTN: Hunter Varipapa, Boone NC 28607

Office: Submit to the front desk at The Children’s Council of Watauga County

Buzón de entrega: por favor coloque la solicitud en la caja de entrega negra localizada al lado derecho de la puerta principal de la oficina de The Children's Council ubicada en 225 Birch Street, Suite 3, Boone NC

* **POR FAVOR REVISE SU CORREO CON FRECUENCIA,** between June 17 through and June 30, 2022 ya que hay una fecha límite para responder y aceptar su colocación.

* Si usted no responde en el plazo indicado en la carta; se retirará el nombre de su niño(a) y se le dará la colocación a otro(a) niño(a) en la lista de espera.

* No hay garantía de colocación. Usted debería buscar un entorno de cuidado infantil alternativo en caso de que no haya cupo en uno de los salones de Pre-Kínder de NC.

Nombre Legal Completo de el/la Niño(a): _____

Género: Masculino ___ Femenino ___ Fecha de Nacimiento de el/la Niño(a): ____/____/____

Raza/Etnia de el/la Niño(a) (Marque todos los que aplican):

Asiático ___ Negro o Afro-americano ___ Hispano ___

Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico ___ Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska ___

Blanco/Europeo Americano ___ Otro _____

¿Su niño(a) es ciudadano(a) estadounidense? ___ sí ___ no (la información de ciudadanía estadounidense se recopila solo con fines de datos y permanece confidencial)

Fecha de la Aplicación: _____ Condado de Residencia: _____ Distrito Escolar: _____

Correo Electrónico del Padre/Guardián: _____

Dirección del Correo de la Familia: _____ Código Postal _____

Dirección Física de la Familia (si es diferente a la dirección de correo) _____

Por favor marque la situación actual de la vivienda de la familia: Permanente ___; Refugio para indigentes ___;

Hotel/Motel ___; Hospital ___; Falta de dirección nocturna permanente ___

Número Telefónico Primario: _____ Nombre del Contacto: _____

Número Telefónico Alternativo: _____ Nombre del Contacto: _____

Con quien reside el/la niño(a):

Solo con la Mamá ___ Solo con el Papá ___ Ambos Padres ___ Tutor Legal ___

Guardián Legal ___ Otro, Especifique _____

Nombre de la Madre/Madrastra/Tutora: _____

Empleo de la Madre: (marque todos los que apliquen)

Empleada- Sí ___ No ___ Número Promedio de Horas que Trabaja por Semana- _____

Buscando Empleo- Sí ___ No ___

Está Asistiendo a Educación Superior- Sí ___ No ___

Está Asistiendo a la Escuela Secundaria/GED- Sí ___ No ___

Otro Empleo: Sí ___ No ___ Explique: _____

Coloque todo el ingreso para la madre:

Salarios anuales actuales ANTES de los impuestos: _____ Pensión Alimenticia Anual: _____

SSI: _____ TANF: _____ Manutención Infantil Anual: _____

Compensación de Trabajadores: _____ Desempleo: _____

Nombre del Padre/Padrastra/Tutor: _____

Empleo del Padre: (marque todos los que apliquen)

Empleado- Sí ___ No ___ Número Promedio de Horas que Trabaja por Semana - _____

Buscando Empleo- Sí ___ No ___

Está Asistiendo a Educación Superior- Sí ___ No ___

Está Asistiendo a la Escuela Secundaria/GED- Sí ___ No ___

Otro Empleo: Sí ___ No ___ Explique: _____

Coloque todo el ingreso para el padre:

Salarios anuales actuales ANTES de los impuestos: _____ Pensión Alimenticia Anual: _____

SSI: _____ TANF: _____ Manutención Infantil Anual: _____

Compensación de Trabajadores: _____ Desempleo: _____

Declaración de documentación sin ingresos -

Si usted está reportando cero ingresos, usted debe completar lo siguiente: Esto es para verificar que mi(s) niño(s) y yo no tenemos ingresos. Dé una breve explicación de cómo está cubriendo sus gastos:

Yo certifico que esta información es verdadera. Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas puede estar sujeto a acciones legales y a la finalización de la participación de mi niño(a) en el programa de Pre-K de NC.

Su(s) nombre(s) impreso: _____

Firma(s): _____ Fecha: _____

Por favor anote a todos los **adultos y niños** que viven en su hogar, incluyendo el solicitante a Pre-K de NC:

Nombre	Relación con el niño solicitante al Pre-K de NC (Por favor poner una X al lado del niño que está aplicando)	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

¿Tiene el/la niño(a) dominio limitado del inglés? Sí _____ No _____

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? Ingles _____ Otro _____

¿Cuál es el idioma principal que habla su niño(a)? Ingles _____ Otro _____

¿En qué idioma le gustaría que su niño(a) sea evaluado? Ingles _____ Otro _____

¿Tiene su niño una condición médica crónica? Sí _____ No _____

Explique: _____

En caso afirmativo, adjunte una nota del médico que explique la(s) condición(es), la nota también debe indicar que "la condición tiene el potencial de interferir con el aprendizaje y el desarrollo del niño" y describa por qué el niño se beneficiaría de ser colocado en un programa infantil de alta calidad y cualquier tratamiento/medicamento recetado. Esto debe ser devuelto junto con su solicitud.

¿Tiene su niño(a) una necesidad educativa o de desarrollo? Sí _____ No _____ No estoy seguro _____

Explique: _____

¿Es al menos uno de los padres o tutores legales de este/a niño(a) un miembro del servicio militar activo o fue uno de los padres o tutores legales de este/a niño(a) gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio militar activo?: Sí _____ No _____

Colocación Previa de Cuidado Infantil: (marque todos los que apliquen)

- El/la niño(a) nunca ha sido atendido en ningún entorno preescolar o de cuidado infantil
 El/la niño(a) actualmente no tiene servicios (en casa ahora, pero puede haber estado anteriormente en cuidado infantil u otro programa preescolar)
 El/la niño(a) está en un centro de cuidado infantil sin licencia (medio día, cuidado directo)
 El/la niño(a) actualmente asiste a la guardería (indique el nombre del programa a continuación)
Nombre del Programa de Cuidado Infantil: _____
 El/la niño(a) **no** recibe subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar.
 El niño recibe subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o preescolar.

¿Su niño(a) ha tenido una evaluación de salud? No _____ Sí _____ En caso afirmativo, incluya mes, día, año: _____

¿Ha tenido su niño(a) una evaluación de desarrollo? No _____ Sí _____ En caso afirmativo, incluya mes, día, año: _____

¿Alguna vez su niño(a) ha sido referido para un examen o ser identificado para servicios con una discapacidad?

Sí _____ No _____ En caso afirmativo, incluya mes, día, año de la fecha de referencia: _____

¿En caso afirmativo, cual fue la decisión de la evaluación de la discapacidad para su niño(a)?

No Se Identificó Discapacidad _____ Decisión de Evaluación en Proceso _____

Se Identificaron Una o Más Discapacidades _____ No Se _____

Nombre(s) de la discapacidad/retraso identificado: (Marque todos los que aplican)

- Autístico Sordo Ciego Discapacidad Auditiva Múltiples Discapacidades
 Otros problemas de Salud Discapacidad Ortopédica Discapacidad del Habla/Lenguaje
 Discapacidad Visual Lesión Cerebral Traumática Retraso del Desarrollo Pre-Escolar
Otro- (Explique) _____

¿Actualmente su niños(a) tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí _____ No _____

Las Escuelas del Condado de Watauga atienden a estudiantes con discapacidades de Pre-K identificados al hacer que proveedores de servicios (es decir, maestros y terapeutas) vengan al sitio donde el estudiante asiste a una clase de Pre-K. Las Escuelas del Condado de Watauga harán todo lo posible para colocar a un estudiante con una discapacidad, que sea elegible para inscribirse en uno de nuestros salones de clases de Pre-K de WCS NC, en el sitio de Pre-K de WCS NC en o más cerca de su zona de asistencia escolar. Sin embargo, debido a las necesidades educativas individuales del niño, y de acuerdo con la ley federal y estatal, puede ser necesario que el distrito coloque al estudiante en una clase diferente de WCS NC Pre-K fuera de su zona de asistencia para proporcionar un servicio gratuito, educación pública apropiada según lo requerido por el Programa de Educación Individualizada (IEP) de ese estudiante. En este caso, el equipo del IEP del niño, del cual los padres son miembros, se reunirán para dialogar esta recomendación.

¿Su niño(a) ha sido referido para servicios relacionados con la discapacidad? Sí _____ No _____

¿Su niño(a) está recibiendo servicios relacionados a la discapacidad? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, especifique el tipo de servicios de discapacidad _____

¿Tiene usted alguna preocupación con el desarrollo de su niño(a)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique sus preocupaciones _____

Si tiene preocupaciones con el desarrollo de su niño(a), ¿le gustaría que un representante de la oficina de "The Children's Council" se comunique con usted para programar una evaluación de desarrollo gratuita para su niño(a)? Sí _____ No _____

Posibles Ubicaciones de los Salones de Clases de Pre-Kindergarten

**El transporte solo se proporciona a los estudiantes que asisten a un salón de clases de Pre-K en su distrito escolar.*

Escuela Primaria de Bethel
Escuela Primaria de Green Valley
Escuela Primaria de Parkway
Escuela Primaria de Valle Crucis

Escuela Primaria de Cove Creek
Escuela Primaria de Hardin Park
Escuela Primaria de Mabel
Escuela Primaria de Blowing Rock

SOLO LOS/LAS NIÑOS(AS) QUE VIVEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE HARDIN PARK PUEDEN SELECCIONAR HARDIN PARK COMO SITIO PREFERIDO

A continuación, por favor anote en orden de preferencia su(s) locación(es) preferida(s) para Pre-Kínder:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____

Nombre Completo de el/la Niño(a) _____

Yo certifico que toda la información en toda esta aplicación es verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que soy responsable de llamar a la oficina de "The Children's Council" del Condado de Watauga, 828-262-5424, para actualizar cualquier cambio en la información de esta aplicación. Yo doy mi permiso para que el personal de "The Children's Council" del Condado de Watauga, el Departamento de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, el Departamento de Servicios Sociales, el personal de las Escuelas del Condado de Watauga y cualquier otra documentación que presente con esta aplicación sean vistos según sea necesario para verificar la información dada. Yo entiendo que proporcionar información incorrecta a sabiendas resultará en el rechazo de esta aplicación.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Office Use Only/Solo Para el Uso de la Oficina

Staff Name & Intake Date: _____
Staff Name & Entry Date: _____
Staff Name & Review Date: _____

Para ser completado por los miembros del personal de la oficina de "The Children's Council" del Condado de Watauga:

_____ All sections of the application are completed

_____ Parent/Guardian has signed and dated the application

_____ Mailing Address has been provided and parent/guardian acknowledged to CCWCI staff that the mailing address of the individual signing the application is the one that will be used when we send notification letters by late June

_____ A copy of the child's birth certificate has been provided

_____ Proof of income has been provided

_____ 2 proofs of residency have been provided

_____ If applicable, medical information has been provided if the child has a chronic health condition

_____ Preferred sites are listed on application

_____ CCWCI staff provided date of submission of completed application

_____ CCWCI staff signed that they reviewed the application

_____ CCWCI completed and gave the parent/guardian receipt of completed application