



Instrucciones para la Solicitud del Programa Preescolar de Carolina del Norte 2020-2021

El Programa Preescolar de Carolina del Norte (NC Pre-K) es un programa de alta calidad **GRATIS*** diseñado con el propósito de incrementar la preparación escolar de niños de cuatro años de edad para entrar al kínder. Los salones de *NC Pre-K* normalmente siguen el calendario sistema escolar local. *El único costo que puede estar asociado con el programa de NC Pre-K sería para cubrir el costo parcial o total de las comidas, cuando las familias no califican para las comidas gratis o a un bajo costo. **NC Pre-K no ofrece transporte escolar.**

Diferentes factores son considerados para determinar la elegibilidad de su hijo(a). Su hijo(a) debe tener **4 años de edad cumplidos antes del 31 de Agosto del 2020** para ser considerado para el programa. Además del requisito de edad, una prioridad que tenemos es servir a niños que son considerados “en riesgo”, por ejemplo, de bajo ingreso o con Inglés como su segunda lengua. La información recaudada con la aplicación de su hijo(a) nos ayudará a determinar su elegibilidad para el programa.

Las solicitudes se recibirán solo con cita a partir del 3 de Febrero al 30 de Abril del 2020. NO se aceptarán solicitudes sin cita. Por favor llame al 704-630-9085 para hacer su cita. Después de agendar su cita, por favor llene una solicitud (pre-requisito) para la inscripción en www.rowan-smartstart.org. Las solicitudes recibidas después de la fecha límite serán consideradas solamente si hay lugares disponibles.

Por favor recuerde traer durante su cita la solicitud **original y completa** con los siguientes documentos:

- Identificación con foto del padre/madre/tutor
- Copia del acta de nacimiento de su niño(a)
- Tarjeta de Medicaid vigente (con fecha del 2018-2020) o comprobante de tener seguro médico
- Comprobante de ingresos (**un mes de talones de cheque recientes**). Personas que trabajen por su cuenta necesitan presentar sus impuestos del 2019 (Income Tax Return). Otros comprobantes de ingresos pueden ser: comprobante de que está recibiendo desempleo, manutención de niños, Work First o SSI.
- Si el padre o tutor está asistiendo a la escuela, el horario de clases más reciente
- Comprobante de domicilio (**SOLAMENTE**: recibo de luz, de cable o de teléfono fijo, o el contrato de renta. **NO** podemos aceptar recibos de celular)
- Cartilla de vacunación actual
- Formas **completas** de la evaluación de salud y dental (estos deben ser fechadas después del **8/31/19**) **Por favor asegúrese de que todas las secciones estén completas en su totalidad.** *Estos documentos serán requeridos, si su niño(a) es aceptado(a) en el programa, dentro de los primeros 30 días de clases.
- Comprobante de lo siguiente, si alguno aplica:
 - a. Documentos militares
 - b. Una carta del doctor o evaluación de salud indicando que su hijo tiene una enfermedad crónica
 - c. Información del plan educacional individual (IEP por sus siglas en Inglés)
 - d. Una carta del doctor o evaluación de salud indicando que su hijo tiene una necesidad de desarrollo
 - e. Documentos de custodia o tutela del niño(a) si corresponde
- La lista de las escuelas de su preferencia

Las solicitudes incompletas NO serán tomadas en cuenta

FECHA DE LA CITA: _____ **HORA DE LA CITA:** _____

LUGAR DE LA CITA: Smart Start Rowan, 1329 Jake Alexander Blvd. S, Salisbury, NC 28146

La colocación de los niños empezara en Julio. Usted será notificado por email/correo convencional, si su niño(a) ha sido aceptado en el programa.

Este programa está basado en los fondos limitados y disponibles del estado, así como la disponibilidad de lugares.

Si tiene preguntas, por favor llame a la oficina de NC Pre-K de Smart Start Rowan al 704-630-9085.



Date Completed Application Received:

FOR OFFICE USE ONLY

Aplicación para el Programa Preescolar NC Pre-K 2020-2021
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre Completo del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primero Segundo Apellido Paterno

Dirección física: _____ **Teléfono:** _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección postal: _____ **Celular:** _____
Calle (P.O. Box) Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino **Etnicidad del niño: Hispano** **Si** **No**

Raza: *(Seleccione una o todas las que apliquen)*

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Blanco o Americano Europeo

Residente de Carolina del Norte: Si No **Ciudadano de EEUU:** Si No

¿Su hijo/a tiene? Seguro médico privado Medicaid No tiene seguro medico

Niño/a vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro: _____

(Si el niño/a vive con otra persona que no sean sus padres, se requiere una prueba legal de custodia/tutela)

Por favor indique la situación de vivienda de su familia:

- Permanente Con Pariente Adulto No con Familiares Sin hogar o en un Refugio de Emergencia
 Hotel/Motel Hospital por 30 días o menos Refugio para mujeres y niños maltratados
 Falta de dirección nocturna permanente

Nombre de la Madre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Empleado: Si No **Horas por semana** _____

Empleado: Si No **Horas por semana** _____

Lugar de empleo: _____

Lugar de empleo: _____

Cada cuanto le pagan Semanal 2-semanas

Cada cuanto le pagan Semanal 2-semanas

Quincenal Mensual Otro _____

Quincenal Mensual Otro _____

Buscando trabajo: Si No

Buscando trabajo: Si No

¿Actualmente esta en la escuela? (seleccione todos los que apliquen) Colegio Preparatoria/GED

¿Actualmente esta en la escuela? (seleccione todos los que apliquen) Colegio Preparatoria/GED

En entrenamiento de trabajo

En entrenamiento de trabajo

Contacto en caso de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

(Aparte de los padres/tutores)

Enliste todos los niños menores de 18 años que viven en su casa:

Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño(a) arriba mencionado	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño(a) arriba mencionado

Enliste todos los adultos que viven en su casa:

Nombre _____

Relación con el niño (que está solicitando) _____

¿Recibe ayuda de parte de alguno de los siguientes servicios? (Marque todos los que apliquen)

- Seguro Social \$ _____ por mes Manutención de Niño/a \$ _____ por mes
- Otro _____ \$ _____ por mes

*Su ingreso total de su hogar es: \$ _____ Semanal Mensual Anual
(Incluyendo **todos** los ingresos)

***La información sobre sus ingresos es necesaria.**

Debe incluir un mes de talones de cheque, si trabaja por su cuenta necesitamos impuestos del 2019. *vea la 1ra página para más información.

¿Algún padre/tutor legal del niño/a es miembro activo del ejército, o algún padre o tutor legal ha sido herido seriamente o falleció mientras se encontraba en servicio activo?

Si No (Si, proporcione documentación)

¿Su niño/a está actualmente inscrito en un programa preescolar, guardería o cuidado de niños? Si No

Si, ¿cuál? _____ ¿Este programa está regulado? Si No

No, ¿ha estado alguna vez su hijo inscrito en uno de estos programas? Si No

¿Recibe ayuda de DSS (voucher) o algún otro tipo de subsidio para pagar la guardería o cuidado de su niño/a? Si No

¿Hablan Inglés en su hogar?

Nada de Ingles

Algo de Ingles

Hablamos Ingles fluidamente

¿Qué idioma(s) se hablan en la casa? _____

¿Su niño/a ha sido referido para evaluación o identificado con alguna necesidad especial de desarrollo o discapacidad?

Si No Si es así, fecha de referencia: _____

Si es sí: ¿Su niño/a tiene IEP o IFSP? (adjunte una copia) Si No

¿Su hijo/a está recibiendo servicios especiales? Si No

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño/a? Si No

Por favor explique: _____

¿Su niño/a tiene problemas crónicos de salud?

Si No

Si es sí, por favor explique: _____

(Incluya documentación con la solicitud, es decir Nota del Doctor)

¿Hay alguna otra información que desea compartir con nosotros? _____

*** LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR ES NECESARIA EN LA SOLICITUD ORIGINAL ***

***Esta solicitud debe estar firmada, con fecha y todas las secciones completas para ser aceptada*
(Solicitud original solamente – no se aceptan copias)**

Yo certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera. ***Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de NC Pre-K (704) 630-9085 inmediatamente de cualquier cambio en esta solicitud*** (número telefónico, dirección, trabajo, salario, etc.).

Yo doy permiso de que la información sobre mi hijo/a pueda ser compartida entre Smart Start Rowan y la escuela donde mi hijo/a asistirá y/o con el sistema escolar local. Yo entiendo que esta información es necesaria y será usada solamente para la determinación de análisis de datos, elegibilidad y propósitos escolares. Yo también entiendo que la escuela que reciba esta información es responsable de la confidencialidad de la misma.

Mi firma otorga permiso para que la visión, audición, salud dental y desarrollo en general de mi hijo(a) sea evaluado.

Firma de Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____



Información y Responsabilidades de cada Familia



El éxito de su hijo/a en el programa NC Pre-K depende de su actividad y su participación constante en este programa, así como el cumplimiento y seguimiento de las normas de este programa. Hemos identificado algunos puntos importantes que leerá a continuación. Por favor léalos detenidamente y ponga sus **iniciales** en cada uno de los recuadros del lado izquierdo.

	Doy mi permiso de que mi hijo/a reciba un examen del desarrollo, oído, visión, dental y/o habla y lenguaje, y que los resultados de estos exámenes sean compartidos con Smart Start Rowan (SSR), la escuela a la que mi hijo/a sea asignado y con el departamento niños excepcionales del Sistema escolar local para que mi hijo/a pueda recibir los servicios que necesita.
	Yo entiendo que si mi hijo/a es aceptado/a en el programa la participación de la familia es necesaria y esperada.
	Mi familia cooperara con el programa para entregar los documentos y formas necesarias cuando se me pida.
	Yo entiendo que el transporte de y hacia el programa de NC Pre-K es responsabilidad de mi familia. Sin embargo, algunos sitios pueden proveer transportación (espacios limitados) por un costo extra.
	Yo le informare al programa de NC Pre-K asignado a mi hijo, si existe algún cambio en nuestra familia de dirección, número de teléfono, o personas responsables de recoger a mi hijo/a.
	Yo entiendo que mi hijo/a necesitara un examen reciente de salud, dental e historial de vacunas para poder participar en el programa. Es mi responsabilidad (padre/madre/tutor) de entregar estos documentos a la escuela que se le asigne a mi hijo/a antes de la fecha límite. La fecha límite es 30 días después de que empiece la escuela.
	Yo entiendo que mi hijo/a puede estar en la lista de espera, si todas las escuelas están llenas.
	Yo entiendo que si mi hijo/a tiene dificultad al para acoplarse, me pedirán que participe en conferencias de padres, y trabajar activamente con SSR y la escuela de NC Pre-K de mi hijo/a. El programa de NC Pre-K desarrollara un plan para trabajar en esa situación.
	Yo entiendo que si mi hijo/a no asiste regularmente a la escuela, su lugar será asignado a otro niño/a.
	Yo entiendo que es mi responsabilidad dejar a mi hijo/a a tiempo en la escuela y recogerlo a tiempo a la hora de salida. Estoy consciente que puedo tener un cargo extra si lo recojo después de la hora de salida cotidianamente.
	Yo entiendo que si mi hijo/a es aceptado en el programa de NC Pre-K, tengo que aceptar el lugar antes de la fecha límite que será indicada en la carta de aceptación. Si no acepto el lugar antes de la fecha limite mi hijo/a será puesto en la lista de espera hasta que otro lugar este disponible.

Mi firma indica que he entendido y acepto todos los términos mencionados anteriormente.

Firma Padre/Tutor

Fecha

Firma Padre/Tutor

Fecha