



INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DE PRE-KÍNDER 2022-23

Por favor, conserve esta página para su información

¿Qué es Pre-Kínder?

El Pre-Kínder es una oportunidad de aprendizaje divertida y emocionante para los niños. Ellos desarrollan muchas habilidades que facilitan la transición al Kínder. Los salones de Pre-Kínder en nuestra comunidad operan al menos seis horas al día, de lunes a viernes hasta finales del mes de agosto-junio. Las clases de pre-kínder están ubicadas en el Sistema Escolar de Alamance Burlington, Head Start y centros privados de cuidado infantil. El programa es totalmente gratuito para las familias que son elegibles, excepto por las cuotas mínimas para el desayuno/almuerzo cuando las familias no son elegibles para recibir los alimentos de manera gratuita/a precio reducido. El financiamiento para las clases de Pre-Kínder proviene de los programas de Título I, Head Start, NC Pre-K y de Niños Excepcionales. Cada fuente de fondos tiene diferentes criterios de elegibilidad. Al presentar una solicitud, se le considerará para todas las colocaciones que sean posibles. El espacio es limitado y puede que algunos niños sean colocados en una lista de espera.

¿Debería aplicar?

Si una o más de las siguientes directrices son ciertas acerca de usted o su hijo(a), puede ser elegible para los servicios de Pre-Kínder:

- El niño(a) deberá de haber cumplido los cuatro años de edad antes o para el 31 de **agosto de 2022** para ser considerado para el próximo año escolar 2022-2023;
- El niño (a) vive en un hogar de bajos ingresos;
- Es hijo (a) de una familia militar;
- Es un niño (a) que tiene una discapacidad identificada o una necesidad de desarrollo/educación;
- Es un niño/familia con un conocimiento limitado del inglés;
- Es un niño (a) que vive con una familia sustituta, tutor legal o pariente;
- Los niños de tres años de edad pueden calificar bajo el programa de Head Start habiendo cumplido los tres años o antes del 31 de agosto de 2022.

Si usted está interesado(a) en presentar una solicitud, devuelva la solicitud y los documentos que corresponden a uno de los sitios enumerados en la parte inferior de la página. El completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa de Pre-Kínder.

Lo que necesitará para aplicar:

- Completar la solicitud
- Comprobante de nacimiento (certificado de nacimiento, registros médicos o registros de vacunación)
- Comprobante de ingresos (1040, W-2, Manutención de menores, Seguro Social, Jubilación, Discapacidad, Beneficios de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Asistencia Pública / Beneficios por parte de Work First, Pagos Militares o 3 talones de pagos consecutivos).

El Padre o tutor que no esté empleado o no tenga una fuente regular de ingresos deberá completar una declaración de carencia de ingresos con respecto a no tener ningún ingreso y enumerar la fuente de apoyo para la familia. (Vea el recuadro en la segunda página de la solicitud).

- Comprobante de domicilio (factura de servicios públicos actuales o contrato de alquiler)

Alamance Partnership for Children
2322 River Road
Burlington, NC 27217
Teléfono: 336 513-0063 ext. 105
Fax: 336 226-1152
jpowell@alamancechildren.org

Sólo acepta solicitudes para los niños de 4 años de edad

Sistema Escolar Alamance Burlington
Ray Street Complex
609 Ray Street, Graham, NC 27253
Teléfono: 336-438-4212
Fax: 336-570-6353
anita_slaughter@abss.k12.nc.us

Sólo acepta solicitudes para los niños de 4 años de edad

Head Start Junction
421 Alamance Road
Burlington, NC 27215
Teléfono: 336-436-0202
Fax: 336-226-0933
scamos@regionalcs.org

Acepta solicitudes para los niños de 3 & 4 años de edad

UBICACIONES DE PRE-KÍNDER DEL CONDADOD DE ALAMANCE *Por favor tome nota que las ubicaciones están sujetas a cambio

Ubicación	Dirección	Uniforme Escolar	Llegada	Salida	Cuidado Antes/Después de
1. Primaria Alexander Wilson	2518 NC 54 Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO
2. Primaria y Garrett	3224 Old Hillsborough Road Mebane, NC 27302	NO	7:50	2:30	NO
3. Primaria Andrews	2630 Buckingham Road Burlington, NC 27217	NO	7:50	2:30	NO
4. Primaria Eastlawn	502 N. Graham-Hopedale Rd Burlington, NC 27217	NO	7:50	2:30	NO
5. Primaria EM Yoder	301 N. Charles Street Mebane, NC 27302	NO	7:50	2:30	NO
6. Primaria Grove Park	141 Trail One Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO
7. Primaria Haw River	701 E. Main Street Haw River, NC 27258	NO	7:50	2:30	NO
8. Primaria Hillcrest	1714 West Davis Street Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO
9. Primaria Newlin	316 Carden Street Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO
10. Primaria North Graham	1025 Trollinger Road Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO
11. Primaria Smith	2235 Delaney Drive Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO
12. Primaria South Graham	320 Ivey Road Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO
13. Primaria Sylvan	7718 Sylvan Road Snow Camp, NC 27349	NO	7:50	2:30	NO
14. Beginning Visions CDC	145 Huffine St. Gibsonville, NC 27249	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 86 / a la semana
15. Childcare Network 78B	100 E. Hanover Rd. Graham, NC 27253	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado después de escuela \$ 75 / a la semana
16. Creative Childcare	3216 NC Hwy 54 East Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 85 / a la semana
17. Creative Childcare 2	2257 NC 87 South Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 85 / a la semana
18. Excel Christian Academy	825 Apple St. Burlington, NC 27217	YES	8:30	3:00	NO
19. Escuela Lifespan Circle	919 Stokes St. Burlington, NC 27215	NO	8:00	2:30	Por determinarse
20. JSS Head Start Acepta solicitudes para los niños de 3 & 4 años de edad	615 Gunn St. Burlington, NC 27217	NO	8:00	2:30	Tiene disponible cuidado Antes y Después de escuela. Deberá de tener un comprobante de subsidios de DSS para efectuar el pago
21. Head Start Junction Acepta solicitudes para los niños de 3 & 4 años de edad	421 Alamance Rd. Burlington, NC 27215	NO	8:00	2:30	NO
22. Graham Head Start Acepta solicitudes para los niños de 3 & 4 años de edad	600 Ray St. Graham, NC 27253	NO	8:00	2:30	NO



Solicitud para el Pre- Kínder 2022-2023 del Condado de Alamance

Por favor indique los tres sitios principales de preferencia que funcionarían más para su familia.

1^{ra} Opción _____ 2^{da} Opción _____ 3^{ra} Opción _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Primer Segundo Apellido

Dirección del Niño(a) _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección Postal _____
Si es diferente a la anterior Calle Ciudad Estado Código Postal

Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái / Otro Isleño del Pacífico Hispano/Latino Blanco o Europeo Americano

Género Hombre Mujer

¿Primer Idioma del niño(a) _____ En que idioma le gustaría a usted que se le hiciera la evaluación a su hijo(a)? _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

¿Con quién vive el niño(a)?

Madre y Padre Madre Soltera Padre Soltero Padre/Madre & Madrastra/Padrastro Custodia Compartida
 Abuelo(s) Padre(s) de crianza temporal Tutor(es) Legal Otro(a) _____

¿Tiene su familia actualmente un arreglo de vida estable?

Sí No Prefiero no contestar (por favor explique) _____

1er Padre/Tutor _____ Vive con el niño(a) Sí NO

Número de teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

2do Padre/Tutor _____ Vive con el niño(a) Sí NO

Número de teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿De qué tamaño es la familia del niño(a)? _____ número total (Incluyendo el niño(a) de Pre-Kínder de NC)

Por favor enliste TODOS los nombres de los miembros de la familia que viven en el hogar.	Relación con el niño(a) de Pre-Kínder de NC (por ejemplo, madre, padre, abuelo, hermana, hermano, tía, tío, padrastro, padre de crianza, otros)	Fecha de nacimiento	¿Dónde asisten a la escuela los hermanos?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

¿El padre/tutor de esta familia está empleado(a) o está inscrito(a) en la escuela? Por favor, indique.

1er Padre/Tutor: Esta Empleado(a) Sí NO Buscando Empleo Sí NO Inscrito(a) en la Escuela Sí NO Nombre del Empleador: _____ Tiempo Medio completo Tiempo

2do Padre/Tutor: Esta Empleado(a) Sí NO Buscando Empleo Sí NO Inscrito(a) en la Escuela Sí NO Nombre del Empleador: _____ Tiempo Medio completo Tiempo

Por favor, circule el nivel más alto de educación que fue completado:

1er Padre/Tutor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 o superior Diploma de Preparatoria GED Asociado en Arte Licenciatura en Artes / Ciencias o superior

2do Padre/Tutor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 o superior Diploma de Preparatoria GED Asociado en Arte Licenciatura en Artes / Ciencias o superior

Ingresos del 1er Padre/Tutor - ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS (Por favor, proporcione los documentos que corresponden)

Ingreso Laboral \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/>
Asistencia Pública /Work First \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/>
Seguro Social /SSA/SSI \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Beneficios por desempleo/ Indemnización por accidente laboral \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Manutención de Menores/Pensión Alimenticia \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Otro _____ \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

Ingresos del 2do Padre/Tutor - ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS (Por favor, proporcione los documentos que corresponden)

Ingreso Laboral \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Asistencia Pública / Work First \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social /SSA/SSI \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Beneficios por desempleo/ Indemnización por accidente laboral \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Manutención de Menores/Pensión Alimenticia \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
Otro _____ \$ _____ semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

Declaración de carencia de ingresos: Por favor solo complete si usted no tiene documentación de ingresos de las fuentes anteriores.

***Si actualmente está desempleado(a) y no está recibiendo beneficios de desempleo u otra fuente de ingresos regularmente, enumere a la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia:** _____

Monto proporcionado \$ _____ semanal/mensual

Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo(a) en el programa puede ser terminada.

Firma Padre/Tutor _____ fecha _____

OTRA INFORMACIÓN

- ¿Es el padre/tutor legal de este niño(a) un miembro activo de las fuerzas armadas, o fue el padre o tutor legal de este niño(a) herido o fallecido mientras estaba en servicio activo? (Se requiere la verificación de la documentación militar) SÍ NO
- ¿Ha estado este niño(a) inscrito(a) alguna vez en una escuela preescolar, centro de cuidado infantil o guardería en el hogar, desde que nació? SÍ NO
- ¿Está su niño(a) actualmente inscrito(a) en una escuela preescolar, centro de cuidado infantil o guardería en el hogar? SÍ NO

Si está actualmente inscrito(a), ¿cuál es el nombre del programa? _____

- ¿Está su hijo(a) recibiendo subsidio para el cuidado infantil? SÍ NO Si no, ¿Está en la lista de espera de subsidios? SÍ NO
- ¿Padece hijo(a) de alguna condición de salud crónica? (Se requiere la documentación por parte del médico) SÍ NO
En caso de ser así, ¿cuál es la condición de salud? _____
- ¿Necesita su hijo(a) ayuda con el entrenamiento para ir al baño? SÍ NO
- ¿Ha sido su hijo(a) ha identificado(a) o referido(a) con alguna necesidad especial? SÍ NO
- De ser así, ¿tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP, ¿por sus siglas en inglés) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP por sus siglas en inglés)? SÍ NO
- ¿Está su hijo(a) recibiendo actualmente servicios para alguna necesidad especial o discapacidad? SÍ NO

En caso de ser así, por favor especifique **(marque todos los que correspondan)**

- Habla Terapia Física Servicios Educativos Autismo Retraso en el Desarrollo
- Salud Mental Discapacidad identificada –Por favor especifique _____

RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES

- Entiendo que esta es una solicitud de servicios ofrecidos y no constituye inscripción en ningún programa.
- Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y precisa y que todos los ingresos han sido reportados.
- Entiendo que esta información se está dando para recibir fondos federales y / o estatales. Los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud. La distorsión deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes federales y / o estatales aplicables.
- La información en este formulario se puede usar solo para determinar la elegibilidad para los programas Head Start, Título I y/o NC Pre-K. Por la presente, divulgo la información para que mi hijo(a) pueda ser considerado(a) para cualquiera de los programas. Las agencias designadas pueden compartir y/o verificar toda la información acerca de mi hijo(a).
- Entiendo que si mi hijo (a) es seleccionado para participar en el programa NCPK, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo (a), y yo / nosotros nos comprometemos a participar según lo exijan los criterios del programa.
- Entiendo que soy responsable de proporcionar transportación para mi hijo (a).
- Doy permiso para que mi hijo (a) reciba evaluaciones de desarrollo, audición, visión, dentales y / o del habla y el lenguaje y para que los resultados se compartan con los programas de Pre-K asociados (Head Start, Título I y NC Pre-K).
- Doy autorización para que, Alamance Partnership for Children, El Sistema Escolar de Alamance-Burlington (ABSS) y Head Start en Head Start Junction y JSS Head Start de utilizar la información de esta solicitud con el fin de determinar la elegibilidad para los programas de Pre-Kínder financiados por parte del estado y del gobierno federal, también para la recopilación de datos y la evaluación de programas por parte de la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana de Carolina del Norte (DCDEE por sus siglas en inglés).

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información está siendo proporcionada con el fin de recibir los servicios proporcionados por medio de fondos estatales y federales. Los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud. La distorsión deliberada de información puede resultar en la eliminación de mi hijo(a) en el programa.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____