



## INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DE PRE-KÍNDER 2023-24

Por favor, conserve esta página para su información

### ¿Qué es el 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 y media 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 ubicaciones que sean posibles. El espacio es limitado y puede que algunos niños sean ubicados en una lista de espera.

### ¿Debería aplicar?

Si una o más de las siguientes afirmaciones 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 2023** para ser considerado para el próximo año escolar 2023-2024;
- 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 2023.

**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. Completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa de Pre-Kínder.**

### Lo que necesitará para aplicar:

- Completar la solicitud
- Comprobante de edad

*Se aceptan registros médicos o registros de inmunización para las colocaciones en sitios privados/Head Start*

- 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, SNAP, 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)

**\* Una vez inscrito, se requerirán documentos adicionales**

<p>Alamance Partnership for Children 2322 River Road Burlington, NC 27217 Phone: 336 513-0063 ext. 105 Fax: 336 226-1152 jpowell@alamancechildren.org</p> <p>Sólo acepta solicitudes para los niños de 4 años de edad</p>	<p>Alamance Burlington School System Ray Street Complex 609 Ray Street, Graham, NC 27253 Phone: 336-438-4212 Fax: 336-570-6353 anita_slaughter@abss.k12.nc.us</p> <p>Sólo acepta solicitudes para los niños de 4 años de edad</p>	<p>Head Start Junction 421 Alamance Road Burlington, NC 27215 Phone: 336-436-0202 scampos@regionalcs.org</p> <p>Acepta solicitudes para los niños de 3 &amp; 4 años de edad</p>	<p>Janice S Scarborough Head Start 615 Gunn Street Burlington, NC 27217 Phone: (336) 226-5558 scampos@regionalcs.org</p> <p>Acepta solicitudes para los niños de 3 &amp; 4 años de edad</p>
---	---	---	---

**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	Transporte
1. Primaria Alexander Wilson	2518 NC 54 Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO	NO
2. Primaria Garrett	3224 Old Hillsborough Road Mebane, NC 27302	NO	7:50	2:30	NO	NO
3. Primaria Andrews	2630 Buckingham Road Burlington, NC 27217	NO	7:50	2:30	NO	NO
4. Primaria Eastlawn	502 N. Graham-Hopedale Rd Burlington, NC 27217	NO	7:50	2:30	NO	NO
5. Primaria EM Yoder	301 N. Charles Street Mebane, NC 27302	NO	7:50	2:30	NO	NO
6. Primaria Grove Park	141 Trail One Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO	NO
7. Primaria Haw River	701 E. Main Street Haw River, NC 27258	NO	7:50	2:30	NO	NO
8. Primaria Hillcrest	1714 West Davis Street Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO	NO
9. Primaria Newlin	316 Carden Street Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO	NO
10. Primaria North Graham	1025 Trollinger Road Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO	NO
11. Primaria Smith	2235 Delaney Drive Burlington, NC 27215	NO	7:50	2:30	NO	NO
12. Primaria South Graham	320 Ivey Road Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO	NO
13. Primaria Sylvan	7718 Sylvan Road Snow Camp, NC 27349	NO	7:50	2:30	NO	NO
14. Beginning Visions CDC	145 Huffine St. Gibsonville, NC 27249	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado antes y después de la escuela \$ 86 / a la semana	NO
15. Childcare Network 78B	100 E. Hanover Rd. Graham, NC 27253	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado después de la escuela \$ 75 / a la semana	NO
16. Creative Childcare	3216 NC Hwy 54 East Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de la escuela \$ 85 / a la semana	NO
17. Creative Childcare 2	2257 NC 87 South Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de la escuela \$ 85 / a la semana	NO
18. Excel Christian Academy	825 Apple St. Burlington, NC 27217	YES	8:30	3:00	NO	NO
19. 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	TBD
20. 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	TBD
21. 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	TBD
22. Positive Day School	229 N Graham Hopedale Rd. Burlington, NC 27217	NO	TBD	TBD	NO	NO
23. Kool Kidz Place	1824 E Webb Ave Burlington, NC 27217	NO	TBD	TBD	NO	NO



### Solicitud para el Pre- Kínder 2023-2024 del Condado de Alamance

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

1<sup>ra</sup> Opción \_\_\_\_\_ 2<sup>da</sup> Opción \_\_\_\_\_ 3<sup>ra</sup> 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

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma habla su hijo(a) con más frecuencia? \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

##### ¿Con quién vive el niño(a)?

- Madre y Padre
- Madre Soltera
- Padre Soltero
- Padre/Madre & Madrasta/Padrastro
- Custodia Compartida
- Abuelo(s)
- Padre(s) de crianza temporal
- Tutor(es) Legal
- Otro(a) \_\_\_\_\_

##### ¿Tiene su familia actualmente un arreglo de vivienda 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 <b>TODOS</b> 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.			

## 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 su 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) 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 Servicio Familiar Individualizado (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 \_\_\_\_\_

- Díganos cómo se enteró del Programa de Prekínder de Carolina del Norte \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

**\*COMPLETE LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA QUE SE FINALICE SU SOLICITUD**

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS

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

<b>1er Padre/Tutor:</b>	Esta Empleado(a)    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Buscando Empleo    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Inscrito(a) en la Escuela    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Empleador: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre de la Escuela: _____	Tiempo Medio completo    Tiempo
<b>2do Padre/Tutor:</b>	Esta Empleado(a)    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Buscando Empleo    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Inscrito(a) en la Escuela    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Empleador: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre de la Escuela: _____	Tiempo Medio completo    Tiempo

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

<b>1er Padre/Tutor:</b> 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
<b>2do Padre/Tutor:</b> 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

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*Para Uso Oficial Solamente\*\*\*

Received By: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_ Date Processed: \_\_\_\_\_ Processed By: \_\_\_\_\_



### CERTIFICACIÓN DE NO RECIBIR INGRESOS

(Este documento tiene que llenar **cada** padre, guardián legal, o padrastro/madrastra que viva en el hogar y declare que **no recibe ingresos** de ninguna parte)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

- I. Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal: \_\_\_\_\_
- II. Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

1. Por la presente, certifico que yo, personalmente, no recibo ningún tipo de ingresos de las siguientes fuentes:
  - a. Salarios de empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonos, honorarios, etc.);
  - b. Salarios por la administración de un negocio;
  - c. Seguro Social (SSA), Salario Suplementario de Seguridad (SSI);
  - d. Ingresos de arrendamiento de bienes raíces o de propiedades personales;
  - e. Anualidades, jubilación, pensiones, o indemnización por fallecimiento;
  - f. Indemnización por desempleo o discapacidad;
  - g. Subsidios públicos (Work First/ Cash Assistance);
  - h. Pensión alimenticia o apoyo económico infantil;
  - i. Ganancias por ventas personales (Avon, Mary Kay, cortar el pasto, etc.);
  - j. Cualquier otra Fuente de ingresos que no haya sido mencionada anteriormente.

2. Elija una opción:
  - i. Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, aunque estoy buscando trabajo, en este momento no tengo ninguna oferta laboral definitiva.

Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, en este momento, no buscaré trabajo.

- ii. Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, aunque estoy buscando trabajo, en este momento no tengo ninguna oferta laboral definitiva.

Actualmente, no recibo ningún tipo de ingresos y, en este momento, no buscaré trabajo.

3. Para mantener a mi familia, usaré los siguientes recursos económicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Padrastro o Madrastra/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal (SOLO para uso de Head Start)

\_\_\_\_\_  
Fecha