



SOLICITUD PARA EL PRE-KÍNDER 2021-2022

Instrucciones para completar la solicitud

Padres, por favor guarden esta página para usarla como referencia

El niño(a) deberá de tener cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto de 2021 para poder aplicar para el programa de Pre-Kínder.

No existe ningún costo para los padres durante el horario escolar de 6-1/2 horas. Sin embargo, si se necesita cuidado antes y / o después de la escuela, los padres son responsables por el costo de este servicio si está disponible. Por favor vea la información específica de cada lugar al reverso de esta página para obtener más información.

Niños de tres años: Los niños que cumplen los 4 años después del 31 de agosto de 2021 podrán recibir los servicios de Head Start. Head Start acepta niños de 3 y 4 años.

Complete la solicitud: Una solicitud de Pre-Kínder deberá ser completada para determinar si su hijo(a) es elegible para el programa de Pre-Kínder. *Las solicitudes que les falte información no serán procesadas hasta que toda la documentación y la información sea incluida.*

Asegúrese de completar el reverso de cada página

Documentación que es requerida para completar esta solicitud:

- Acta de nacimiento del niño(a), o registro de vacunación, o registro medico con la fecha de nacimiento del niño(a)
- Dos (2) comprobantes de domicilio en el condado de Alamance (factura de servicios públicos más actual o contrato de arrendamiento a nombre de los padres, licencia de conducir u otro documento gubernamental con la dirección actual de la familia). Si una familia vive con amigos o parientes, se deberá de completar una Declaración Jurada de Vivienda Compartida. Esto se puede obtener en el sitio web de ABSS <https://www.abss.k12.nc.us/Page/2286>
- Un mes de talones de cheques u otra documentación de ingresos (se aceptan declaraciones de impuestos, W-2 o 1099). Además, prueba de pagos de manutención de niños ordenados por la corte, compensación de trabajadores, ingresos por jubilación e ingresos por beneficios por discapacidad, si procede. Si usted está recibiendo ingresos por parte del seguro social para usted y / o su hijo(a), incluya la carta de otorgación por parte de la Administración del Seguro Social. Los padres de crianza no están obligados a informar de sus ingresos. Los padres no tienen que estar empleados para que el niño(a) pueda ser elegible.
- Si usted es el tutor legal del niño(a) *por orden judicial*, por favor proporcione una copia de la orden judicial.

Complete el formulario de Preferencia de la Ubicación

El formulario de preferencia de la ubicación forma parte de esta aplicación. Por favor asegúrese de completar el **formulario de preferencia de la ubicación** y elija las 3 ubicaciones principales de su preferencia. Sus selecciones no garantizan la colocación en ningún sitio, pero le permitirá indicar las ubicaciones a las que puede proporcionar transportación para su hijo(a) y a las que puede tener acceso para el cuidado antes y después de la escuela si es necesario.

Por favor escriba las preferencias de las ubicaciones aquí para que tenga un registro de sus preferencias al momento de su solicitud:

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

Citas para la Evaluación del Desarrollo

Los padres que completen y presenten las solicitudes e indiquen una preferencia por algún sitio escolar deberán hacer que su hijo(a) sea evaluado(a) para que sea considerado(a) y sea colocado(a) en una escuela primaria para una clase de Pre-Kínder. Una vez que hayamos revisado su solicitud con la documentación requerida, un miembro del personal se pondrá en contacto para programar una cita para la evaluación. Los niños que son colocados en un programa de Pre-Kínder en los centros privados de cuidado infantil de NC Pre-Kínder o Head Start que aún no han sido evaluados, serán evaluados por el maestro(a) de salón de clases después de la inscripción.

Notificación del estatus de la colocación


Para las solicitudes recibidas el 15 de junio o antes, planeamos tener todas las colocaciones completadas y las cartas de colocación enviadas por correo a más tardar el 1 de agosto. Se aceptarán solicitudes durante todo el año y los niños elegibles que puedan ser puestos en una lista de espera serán contactados tan pronto haya un espacio disponible. **Si usted cambia de domicilio**, por favor asegúrese de notificarnos para que su carta sea enviada a la dirección correcta. Asegúrese de incluir un nuevo comprobante de domicilio si necesita hacer el cambio.

Complete y devuelva la solicitud con la documentación a una de las agencias que se señalan a continuación.

<p>Alamance Partnership for Children 2322 River Rd. Burlington, NC 27217 Teléfono: 336-513-0063 ext. 105 Fax: 226-226-1152 jwhitley@alamancechildren.org</p> <p>Acepta solicitudes sólo para los niños de 4 años de edad</p>	<p>ABSS Ray Street Complex 609 Ray Street, Graham NC 27253 Teléfono: 336-438-4212 Fax: 336-570-6353 Anita_slaughter@abss.k12.nc.us</p> <p>Acepta solicitudes sólo para los niños de 4 años de edad</p>	<p>Head Start Junction 421 Alamance Road Burlington, NC 27215 Teléfono: 336-436-0202 Fax: 336-226-0933 scamos@regionalcs.org</p> <p>Acepta solicitudes para los niños de 3 y 4 años.</p>
--	--	--

Información de las Ubicaciones de Pre-Kinder en las Escuelas Públicas, Cuidado Infantil Privado y Head Start

Ubicación	Dirección	Uniforme Escolar	Llegada	Salida	Cuidado Antes/Después de
Primaria Alexander Wilson	2518 NC 54 Graham, NC 27253	NO	7:50	2:30	NO
Primaria Audrey Garrett	3224 Old Hillsborough Road Mebane, NC 27302	NO	7:30	2:15	NO
Primaria Andrews	2630 Buckingham Road Burlington, NC 27217	NO	7:35	2:20	NO
Primaria Eastlawn	502 N. Graham-Hopedale Rd Burlington, NC 27217	NO	7:50	2:20	NO
Primaria EM Yoder	301 N. Charles Street Mebane, NC 27302	NO	7:30	2:30	NO
Primaria Grove Park	141 Trail One Burlington, NC 27215	NO	7:45	2:20	NO
Primaria Haw River	701 E. Main Street Haw River, NC 27258	NO	7:20	2:30	NO
Primaria Hillcrest	1714 West Davis Street Burlington, NC 27215	NO	7:30	2:30	NO
Primaria Newlin	316 Carden Street Burlington, NC 27215	NO	7:30	2:30	NO
Primaria North Graham	1025 Trollinger Road Graham, NC 27253	NO	7:50	2:35	NO
Primaria Smith	2235 Delaney Drive Burlington, NC 27215	NO	7:30	2:30	NO
Primaria South Graham	320 Ivey Road Graham, NC 27253	NO	7:30 a 7:50	2:20	NO
Primaria Sylvan	7718 Sylvan Road Snow Camp, NC 27349	NO	7:20 a 7:50	2:30	NO
Beginning Visions Child Development Center	145 Huffine St. Gibsonville, NC 27249	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 84 / a la semana
Childcare Network 78B	827 Sellars Mill Rd. Burlington, NC 27217	NO	7:45	2:45	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 80 / a la semana
Creative Childcare	3216 NC Hwy 54 East Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 80 / a la semana
Creative Childcare 2	2257 NC 87 South Graham, NC 27253	NO	7:45	2:30	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 80 / a la semana
Excel Christian Academy	825 Apple St. Burlington, NC 27217	SI	8:30	3:00	Sí, se ofrece cuidado antes y después de escuela \$ 85 / a la semana
Escuela Lifespan Circle	919 Stokes St. Burlington, NC 27215	NO	8:00	2:30	Solamente antes de escuela \$ 35 / a la semana Solamente después de escuela \$ 60 / a la semana Antes y después de escuela \$ 95 / a la semana
JSS Head Start Acepta a los niños de 3 y 4 años de edad	615 Gunn St. Burlington, NC 27217	NO	8:00	2:30	Ofrece cuidado disponible antes y después. Deberá de tener un vale de DSS para el pago
Head Start Junction Acepta a los niños de 3 y 4 años de edad	421 Alamance Rd. Burlington, NC 27215	NO	8:00	2:30	NO
Graham Head Start Acepta a los niños de 3 y 4 años de edad	600 Ray St. Graham, NC 27253	NO	8:00	2:30	NO

Información del Niño(a) Por favor, asegúrese de completar el reverso de esta página. 

Nombre del niño(a):

Primer	
Segundo	
Apellido	

Fecha de Nacimiento del Niño(a): Mes ____ Día ____ Año ____ **Género del Niño(a) Por favor indique uno:** ____ Hombre ____ Mujer

Información demográfica. En cumplimiento con las leyes federales y estatales, Alamance Partnership for Children, ABSS y Head Start administran todos los programas y selecciones de las admisiones para los programas de Pre-K sin discriminación alguna por motivos de raza, religión, origen nacional o étnico, color, servicio militar, discapacidad, o género, excepto cuando la exención sea apropiada y esté permitida por la ley.

Por favor, Indique el origen étnico y también marque la raza a continuación:

Etnicidad: ____ Hispano/Latino ____ No Hispano/Latino

Raza del niño(a), marque todas las que correspondan:

__ Asiático __ Negro / Africano __ Nativo Americano / Alaska __ Blanco / Europeo __ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico

Otra raza que no figura en la lista anterior, por favor especifique: _____

Dirección completa del niño(a):

Calle del domicilio	
Apto o Lote #	
Ciudad	
Código Postal	

Información de la Familia:

Con quien vive el niño(a):

__ Madre solamente __ Padre solamente __ Ambos padres __ Tutor legal ____ Otro familiar ____ Otro que no es un familiar

Otros, por favor especifique _____

Tamaño de la familia _____ (¿Cuántas personas hay en su familia? Solo incluya a los padres / padrastros / tutores y los niños menores de 18 años que vivan en el hogar)

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Sí No

Esto puede incluir un refugio de emergencia, hotel / motel, vivir en un vehículo u otra vivienda no residencial, vivir con un pariente o no familiar, etc. En caso afirmativo, díganos cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted en el siguiente espacio.

Status Militar:

¿Al menos uno de los padres o el tutor legal de este niño(a) es un miembro activo en servicio de las fuerzas armadas, o uno de los padres o el tutor legal de este niño(a) resultó gravemente herido o fallecido mientras estaba en servicio activo? Sí No

La documentación del estatus militar del padre es requerida antes de la colocación.

Contacto principal del padre o tutor legal (¿Quién será el contacto principal de este niño(a)? Escriba el nombre a continuación)

Información del contacto

Nombre de la Madre/Tutor:	Casa #	Celular #	Correo Electrónico:
Nombre del Padre/Tutor:	Casa #	Celular #	Correo Electrónico:

MIEMBROS DE SU FAMILIA *No es necesario que incluya en esta tabla al niño(a) de Pre-Kínder.

Nombre	Relación con el niño(a) (por ejemplo, abuelo, hermana, hermano, tía, tío, etc.)	Fecha de nacimiento	Por favor Incluya el nombre de la escuela a la que asiste cada niño(a), si corresponde:

HÁBLENOS ACERCA DE SU HIJO(A)

Idioma

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

¿Qué idioma habla su hijo(a) con más frecuencia? _____

Información Médica

¿Tiene su hijo(a) alguna una enfermedad crónica? (por ejemplo, asma, diabetes, obesidad, anemia, etc.)

Sí No Por favor especifique _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)? (marque abajo)

Mi hijo(a) no tiene seguro médico

Medicaid/NC Health Choice Mercado de Seguros Militar Seguro Privado (por ejemplo, a través del trabajo de los padres, etc.)

Médico * Todos los niños deberán proporcionar el formulario del examen físico firmado por un médico dentro de los primeros 30 días de la inscripción

¿Tiene su hijo(a) un médico de atención primaria? Sí No

¿Quién le brinda el cuidado médico a su hijo(a)? _____

¿Ha visitado su hijo(a) a un médico para un chequeo de salud de rutina en los últimos 12 meses? Si es así, fecha: _____

Dental * Pueden ser ofrecidos exámenes dentales en cada sitio. El maestro(a) de su hijo(a) le proporcionará más información.

¿Tiene su hijo(a) un dentista? Sí No

¿Ha tenido su hijo(a) un examen dental en los últimos 12 meses? Sí No

Experiencias previas en la educación temprana:

Desde que nació, ¿alguna vez su hijo(a) estuvo inscrito en preescolar, un centro de cuidado infantil o un hogar de cuidado infantil?

Sí No

¿Recibe un subsidio para el cuidado de niños por parte de DSS?

Sí No

¿Está su hijo(a) actualmente inscrito(a) en un programa de cuidado infantil o preescolar?

Sí No

¿Estuvo su hijo(a) inscrito(a) anteriormente en Head Start cuando tenía tres años?

Sí No

Servicios de apoyo y necesidades de desarrollo:

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad educativa o del desarrollo? Sí No No lo sé

Por favor especifique _____

¿Ha sido su hijo(a) referido(a) para una evaluación o ha sido identificado(a) con una necesidad física o del desarrollo? Sí No

Si la respuesta es sí, fecha de la evaluación: _____

Planes individuales de los servicios para el apoyo a los niños con necesidades identificadas de desarrollo

¿Tiene su hijo(a) un plan IFSP de apoyo familiar individualizado activo con CDSA o un

ISP - ¿Plan de apoyo individualizado con una agencia privada (terapia del habla, ocupacional, etc.)?

Sí No

¿Tiene su hijo(a) un IEP — Plan de estudios individualizado activo con el distrito escolar de ABSS?

Sí No

¿Ha sido su hijo(a) referido para recibir servicios en relación con un diagnóstico de necesidades físicas o del desarrollo?

Sí No

¿Esta su hijo(a) actualmente recibiendo servicios de terapia o educativos en relación con una necesidad física o del desarrollo?

Marque los que correspondan: ____ Habla ____ Terapia física ____ Terapia ocupacional ____ Servicios educativos ____ Salud mental

Información acerca de los ingresos familiares

Nombre del niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Los padres no necesitan estar empleados para que el niño(a) sea elegible. Los tutores legales son tomados en cuenta en el tamaño de la familia y son tomados en cuenta sus ingresos, solamente si ambos padres biológicos han fallecido o si el tribunal ha rescindido la patria potestad de ambos padres.

Si uno de los padres no vive en el hogar, pero proporciona manutención infantil, solo puede listar la manutención infantil recibida por parte del padre que está viviendo con el niño(a). No es necesario que proporcione información adicional acerca de los ingresos del padre o la madre que no está viviendo en el hogar.

Los padres de crianza temporal no están obligados a proporcionar información acerca de sus ingresos.

Soy un padre de crianza Sí No

Nombre de la Madre/Madrasta/Tutora Legal: _____

Empleada	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Madre/Tutora Legal permanece en casa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En busca de empleo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Está en clases de Educación Post-Secundaria	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Asiste a la escuela preparatoria / GED	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Asiste a capacitación laboral	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otro empleo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Explique: _____

Nivel más alto de educación completado _____

Si está usted actualmente desempleada y no recibe beneficios de desempleo u otra fuente de ingresos regulares, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia: _____

Cantidad mensual _____

***Si tiene más de un trabajo, por favor incluya los pagos en el cuadro de cada empleo de acuerdo con la frecuencia con la que le pagan.**

Horario de Pagos						
Escriba el monto en dólares (\$) (monto bruto antes de pagar impuestos) en el cuadro a continuación de acuerdo con la frecuencia con la que le pagan						
Si su cheque varía cada semana, usaremos el promedio del mes más actual.						
Pago por Hora: _____ Promedio # de Horas a la Semana _____						
Tipo de Ingresos	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	#Semanas/Año
Salario actual antes de los impuestos						
Pensión Alimenticia						
Manutención Infantil ordenada por la corte						
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores						
Seguro Social Pagado a los niños en el hogar*						
Ingresos por Jubilación						
Ingresos por Beneficios de Incapacidad						

Por favor, proporcione la documentación para todo lo anterior que aplique en su hogar.

Un mes de talones de cheques u otra documentación de ingresos (se aceptan las declaraciones de impuestos, W-2 o 1099). También, prueba de pagos de manutención de niños ordenados por la corte, compensación de trabajadores, ingresos por jubilación e ingresos por beneficios por discapacidad, si corresponde. Si recibe ingresos del seguro social para usted y / o su hijo(a), incluya la carta de otorgación por parte de la Administración del Seguro Social.

*El Seguro Social pagado a los niños en el hogar se incluye como ingreso, pero solo debe de aparecer una vez en la solicitud.

Información de los ingresos del padre / padrastro / tutor legal en el reverso de esta página



Los padres de crianza temporal no están obligados a proporcionar información acerca de sus ingresos.

Soy un Padre de Crianza

Sí No

Nombre del Padre/Padraastro/Tutor Legal: _____

Empleado

Sí No

Padre/Tutor Legal permanece en casa

Sí No

En busca de Empleo

Sí No

Está en clases de Educación Post-Secundaria

Sí No

Asiste a la escuela preparatoria / GED

Sí No

Asiste a capacitación laboral

Sí No

Otro empleo

Sí No

Explique: _____

Nivel más alto de educación completado _____

Si está usted actualmente desempleado y no recibe beneficios de desempleo u otra fuente de ingresos regulares, indique la persona o fuente que brinda apoyo a esta familia: _____

Cantidad mensual _____

***Si tiene más de un trabajo, por favor incluya los pagos en el cuadro de cada empleo de acuerdo con la frecuencia con la que le pagan.**

Horario de Pagos

Escriba el monto en dólares (\$) (monto bruto antes de pagar impuestos) en el cuadro a continuación de acuerdo con la frecuencia con la que le pagan

Si su cheque varía cada semana, usaremos el promedio del mes más actual.

Pago por Hora: _____ Promedio # de horas a la semana _____

Tipo de Ingresos	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual	#Semanas/Año
Salario actual antes de los impuestos						
Pensión Alimenticia						
Manutención Infantil ordenada por la corte						
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores						
Seguro Social Pagado a los niños en el hogar*						
Ingresos por Jubilación						
Ingresos por Beneficios de Incapacidad						

Por favor, proporcione la documentación para todo lo anterior que aplique en su hogar.

Un mes de talones de cheques u otra documentación de ingresos (se aceptan las declaraciones de impuestos, W-2 o 1099). También, prueba de pagos de manutención de niños ordenados por la corte, compensación de trabajadores, ingresos por jubilación e ingresos por beneficios por discapacidad, si corresponde. Si recibe ingresos del seguro social para usted y / o su hijo(a), incluya la carta de otorgación por parte de la Administración del Seguro Social.

*El Seguro Social *pagado a los niños* en el hogar se incluye como ingreso, pero solo debe de aparecer una vez en la solicitud.

Sitios de Preferencia para el Pre-Kínder

Por favor indique los sitios que funcionarán más para su familia. Está incluida al reverso de la página de instrucciones de esta solicitud información de mucha utilidad acerca de cada sitio.

Por favor indique sus tres elecciones principales(1^{ra}, 2^{da}, 3^{ra})

Clases de Pre-Kínder en las Escuelas Publicas		Clases de Pre-Kínder en los Centros de Cuidado Infantil Privados	
*Los sitios de las escuelas públicas requieren de una evaluación del desarrollo para su elegibilidad. Una cita será programa para la evaluación de su hijo(a) si una de sus preferencias es alguno de los sitios de las escuelas públicas a continuación			
Primaria Alexander Wilson		Centro de desarrollo infantil Beginning Visions	
Primaria Audrey Garrett		Childcare Network 78B	
Primaria Andrews		Creative Childcare Hwy 54	
Primaria Eastlawn		Creative Childcare 2 Hwy 87	
Primaria EM Yoder		Excel Christian Academy	
Primaria Grove Park		Escuela Lifespan Circle	
Primaria Haw River		Clases de Pre-Kínder en Head Start	
Primaria Hillcrest		Head Start inscribe a las edades de 3 y 4 años	
Primaria Newlin		Head Start Junction	
Primaria North Graham		JSS Head Start	
Primaria Smith		Graham Head Start	
Primaria South Graham			
Primaria Sylvan			

Opcional -- Razón (s) de su primera (#1) preferencia: Por favor marque todas las que correspondan, esto nos ayudará a comprender las necesidades de su familia (siéntase libre en agregar cualquier comentario o información adicional que desee que tomemos en cuenta).

_____ cerca de mi o del trabajo de un familiar _____ Puedo arreglar transportación _____ Hermanos asisten a este sitio/escuela
 _____ Se puede llegar caminando _____ Ofrecen cuidado antes y después de la escuela

Otra (Por favor especifique) _____

Acuerdo de Padres

Lea atentamente y marque (v) o ponga sus iniciales en cada casilla y firme la parte de abajo

- Doy autorización para que Alamance Partnership for Children, el Sistema Escolar de Alamance-Burlington (ABSS), 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 del programa por parte de la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana de Carolina del Norte (DCDEE por sus siglas en inglés).
- Doy permiso para que mi hijo(a) reciba los exámenes de desarrollo, auditivos, de la vista, dentales, del habla y del lenguaje y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los colaboradores de los programas de Pre-Kínder administrados por Alamance Partnership for Children, ABSS o Head Start.
- Entiendo que se espera de la participación por parte de la familia si mi hijo(a) es seleccionado(a) para participar.
- Entiendo que mi hijo(a) necesitará una evaluación de salud actual y el registro de vacunación dentro del periodo de los 30 días de la inscripción. Entiendo que mi hijo(a) no puede asistir al programa si la evaluación de salud no se envía al sitio de Pre-Kínder después del día 30 de la inscripción.
- Entiendo que será responsabilidad de la familia la transportación hacia y desde los programas de Pre-Kínder. Este programa no proporciona transportación.
- Entiendo y acepto que me aseguraré de que mi hijo(a) asista al programa según lo programado y que lo dejen y recojan a tiempo todos los días. Entiendo que una ausencia excesiva o prolongada e injustificada podrá resultar en la terminación de la inscripción de mi hijo(a). *Por favor hable con el maestro(a) de su hijo(a) si tiene dificultades para poder controlar una asistencia regular de su hijo(a).*
- Entiendo que, si hay un cambio de mi hijo(a) de la dirección o el número de teléfono, es mi responsabilidad notificar al maestro(a) de mi hijo(a) y / o a la organización de Alamance Partnership for Children, o al sistema escolar de ABSS ubicado en Ray St. Academy, o a Head Start para mantener mi información de contacto actualizada

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



Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____