



a partner
in the
Smart Start
network.



HCPC is a 501 (c) (3) non-profit organization supported by public private funds through Smart Start, NC Pre-K, tax-deductible donations, and grants.

2024 – 2025 North Carolina Pre-Kindergarten (NC Pre-K) Solicitud

Por favor responda a cada pregunta de forma clara y completa esto ayudara a que el proceso de la aplicación sea uno rápido y preciso

Fecha: _____

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido:

Sexo del niño: Macho Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

¿Es el niño es hispano? Si No

Raza: (Marque todo lo que corresponda):

- Blanco/Latinoamericano Nativo de Hawái/ Otras Islas del Pacifico Negro/Áfrico Americano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático

¿El niño es ciudadano de E.U.? Yes No

¿El niño es residente de NC? Yes No

Condado de Residencia: _____

¿El niño tiene un gemelo? Yes No

Correo electrónico de los padres: _____

INFORMACION FAMILIAR

Dirección completa:
(Calle, Ciudad, Estado, Código postal)

Numero primario de teléfono: _____

Contacto de emergencia de teléfono: _____

El niño vive con: Madre Padre Ambos padres P/M/ Padrastros Abuelos Tutor Legal
 Custodia Legal Padres adoptivos

Si el niño vive con un Tutor o custodio Legal, el adulto es: Parientes de sangre / No Parentesco

Por favor indique la situación de su dirección: Permanente Sin hogar/ Refugio de Emergencias Refugio para Mujeres Maltratadas y Niños

Hogar de Acogida Hotel/Motel Hospital por 30 días o menos Carente de dirección nocturna permanente

Complete cada línea con los miembros de la familia que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación con el niño de NCPre-K	Fecha de Nacimiento	Edad	Asiste a la escuela (S/N)	Grado Escolar
1.	NC Pre-K Nino				
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Para Uso Oficial: Tamaño total de Familia _____

Madre / Madrastra / Nombre de la Custodia Legal: _____	Padre / Padrastro / Nombre de la Custodia Legal: _____
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastrros <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos	Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastrros <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Custodia Legal <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos
Dirección Física: Marque si es la misma dirección postal <input type="checkbox"/>	Dirección Física: Marque si es la misma dirección postal <input type="checkbox"/>
Numero de telefono: _____	Numero de telefono: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Estado Laboral: (marque Si o No para cada pregunta) Madre esta empleada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre buscando empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Madre asistiendo educación secundaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Madre asistiendo escuela secundaria/ GED diploma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre atendiendo entrenamiento laboral: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro Empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado Laboral: (marque Si o No para cada pregunta) Padre esta empleado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre buscando empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre asistiendo educación Secundaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre asistiendo a la escuela secundaria/ GED diploma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre asistiendo entrenamiento Laboral: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lugar de empleo (si aplica): _____ ¿Horas trabajadas semanalmente? _____ Fecha de comienzo: _____	Lugar de Empleo (si aplica): _____ ¿Horas trabajadas semanalmente? _____ Fecha de comienzo: _____
Salario Actual antes de Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Salario Actual antes de Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Pensión Alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Sustento de Menores \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Sustento de Menores \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Seguro Social \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
VA Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	VA Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Retiro \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Retiro \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Tiempo extra \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal	Tiempo extra \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Estado de No Ingresos Complete esta sección si usted está desempleada Yo, _____, certifico como madre/tutor legal de _____, que al momento de esta solicitud no recibo ingresos de ningún tipo. Yo certifico que esta información que proporcioné es precisa, verdadera y correcta _____ Firma Madre/Tutor legal (requerido): _____ Fecha _____	Estado de No ingresos Complete esta sección si usted está desempleado Yo, _____, certifico como padre/tutor legal de _____, que al momento de esta solicitud no recibo ingresos de ningún tipo. Yo certifico que esta información que proporcioné es precisa, verdadera y correcta. _____ Firma Padre/Tutor Legal (requerido): _____ Fecha _____

FACTORES DE ELIGIBILIDAD

¿La familia o el niño hablan inglés en el hogar o es limitado? Si No

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

¿En qué lenguaje le gustaría que su hijo fuera evaluado, si aplica? _____

¿Tiene su hijo una condición de salud crónica o un problema de salud diagnosticado por un médico? No Si, Explique:

***Debe someter documentación de su médico o proveedor de salud**

¿Tiene su hijo una necesidad de desarrollo o de aprendizaje? No Si, Explique (Habla, audición, o comportamiento)

***Debe someter documentación de su médico o proveedor de salud**

Su hijo es dependiente de un padre que este activamente Si No en el ejército de los E.U.?

¿Padre o Tutor legal que haya sido herido o haya muerto durante el servicio militar? Yes No

COLOCACION PREVIA

Colocación previa del niño al momento de la inscripción

- Niño nunca ha atendido un salón prescolar o cuidado infantil
- Niño no está actualmente atendiendo (ex: en casa, pero atendió a un cuidado infantil)
- Niño asiste a un cuidado infantil no regulado
- Niño asiste a un cuidado infantil de 2 estrellas
- Niño no recibe subsidio, pero asiste a un programa prescolar o cuidado infantil regulado
- Niño recibe subsidio y asiste a un programa prescolar o cuidado infantil regulado

Actualmente el niño asiste a un cuidado infantil, prescolar, o programa parcial:

Si, Nombre del Programa: _____

No

¿Si contesto sí, asistió el niño al programa de 3 años? Si No

¿Está actualmente inscrito en el programa de subsidio para el cuidado de niño de DSS? Si No

EVALUACION FISICA

¿En el último año, ha tenido su niño un examen físico? Si No

Fecha de examen físico: _____ (mes, día, año)

¿Ha tenido su hijo una evaluación de desarrollo? Si No

Fecha de evaluación: _____ (mes, día, año)

DISCAPACIDADES

¿Su niño, ha sido referido a una evaluación para discapacidad o ha sido identificado con alguna discapacidad? Si No

¿Tiene la fecha del Referido? Si No N/A Fecha del Referido _____

¿Cuál fue la decisión en base al referido? N/A No se identificó discapacidad Evaluación en proceso

Uno o más discapacidades identificadas No tengo información

Las discapacidades identificadas a mi niño son (marque las que aplican) N/A Autismo Sordo-Ciego Auditiva

Múltiples discapacidades Otros problemas de salud Ortopédica Habla/Lenguaje Visual Lesión traumática Desarrollo prescolar retrasado

¿Tiene su niño un Plan de Educación Individual (IEP) activo? Si No

¿Ha sido su niño referido a servicios relacionados con su discapacidad? N/A Si No No tengo información

¿Esta su hijo recibiendo servicios por discapacidad? N/A Si No Especifique el tipo de servicio _____

PARTICIPACION Y RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES

Esta solicitud se estará procesando para determinar la elegibilidad de su niño al programa de NC Pre-K implementado en el condado de Harnett. Cinco categorías de información son revisadas para determinar la elegibilidad de su niño. Información incorrecta o falsa puede poner en riesgo la puntuación de su niño, y por tanto, su prioridad de participar en el programa en este momento. La información obtenida formara parte de la base de datos del NC Pre-K y se utilizara para seleccionar los participantes, colocarlos en salones apropiados, y monitorear su progreso durante el programa.

Por favor, escriba sus iniciales al lado de "Acuerdo" o "Desacuerdo"

1. (Iniciales) Acuerdo _____ Desacuerdo _____ Consenso de divulgación e intercambio de información- La información en esta solicitud será utilizada para determinar la elegibilidad para el programa NC Pre-K del Harnett County Partnership for Children. Tras la aceptación en el programa, Yo estoy de acuerdo en que toda la información facilitada en este documento puede utilizarse con fines de investigación y compartirse con otras agencias en colaboración con el Programa de NC Pre-K, tales como: Departamento Escolar del condado de Harnett, Departamento de Servicios Sociales, etc. Entiendo que por ningún motivo se compartirá información que no sea para apoyar a mi hijo(a) en el Programa de NC Pre-K.
2. (Iniciales) Acuerdo _____ Desacuerdo _____ Consentimiento y Autorización de Media- Doy permiso al Harnett County Partnership for Children y otras entidades de medios de comunicación, para preparar, reproducir, publicar o exhibir mi imagen, retrato o imagen o la imagen de mi hijo para su uso por los medios de comunicación o la Asociación en sus programas de noticias y concientización pública. Cualquier fotografía, transparencia fotográfica, dibujo u otro material gráfico ilustrativo, cinta o ilustraciones audiovisuales, informe de noticias, historia o artículo se puede usar sin mi examen previo del producto terminado.
3. (Iniciales) Acuerdo _____ Desacuerdo _____ Permiso para pruebas de desarrollo- Entiendo que, si mi hijo es inscrito, él o ella, también puede ser examinado para determinar elegibilidad para otros servicios que le ayuden a prepararse para kindergarten. Como participante del programa de NC Pre-K en el condado de Harnett, mi hijo puede ser sometido a un examen de la vista, un examen del habla/lenguaje, un examen de audición y una evaluación del desarrollo para determinar si el/ella necesita alguna asistencia en estas áreas de desarrollo antes de entrar al kindergarten. Estas evaluaciones serán realizadas por varios médicos aprobados y autorizados por el Harnett County Partnership for Children sin ningún costo. De determinarse que mi niño necesita una evaluación adicional como resultado de algún examen, será contactado para programar una cita para consultas adicionales.
4. (Iniciales) Acuerdo _____ Evaluación de Salud- Se requiere que una evaluación de salud este en archivo en el centro de cuidado de NC Pre-K en o antes de los 30 días que el niño ha entrado al programa de NC Pre- K y debe haber sido realizado dentro de los 12 meses de comienzo al programa. Si la evaluación de salud no es completada dentro de los 30 días del calendario, mi niño puede perder su espacio en el NC Pre-K.
5. (Iniciales) Acuerdo _____ Horario de Operaciones y Asistencia- Entiendo que el NC Pre-K es un programa de 6.5 horas 5 días a la semana y que los niños deben asistir regularmente o de forma completa. Entiendo que mi niño debe asistir por lo menos el 50% de los días de operación en cada mes o sino mi hijo puede ser expulsado del programa.
6. (Iniciales) Acuerdo _____ Transportación- Comprendo que es mi responsabilidad de proveer transportación a mi hijo.
7. (Iniciales) Acuerdo _____ Wraparound- Se cobrará a las familias el costo de los servicios integrales para la solicitud de cuidado antes o después del día escolar regular, durante los días festivos y durante el verano. Entiendo que soy responsable de cualquier tarifa cobrada por este servicio por el lugar de NC Pre- K que mi niño sea colocado.
8. (Iniciales) Acuerdo _____ Acuerdo de Participación de los Padres- Entiendo que, si mi niño es seleccionado al programa de NC Pre-K, participación de los padres es crítica para el éxito académico de mi niño. Yo/Nosotros nos comprometemos a participar como es el criterio requerido del NC Pre-K. Como padre participante del programa de NC Pre-K, entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:
 - Mantener informado al personal del NC Pre-K de mi hijo sobre algún cambio de información para mantener actualizado el registro de mi hijo.
 - Participar en visitas domiciliarias en las que el maestro de aula de NC Pre-K puede venir a mi casa para discutir las necesidades de mi hijo y mi familia / discutir las metas y la preparación de mi hijo para el jardín de infantes (solo en los sitios participantes).
 - Participar en actividades en el aula, conferencias de padres / maestros y comunicarse con el maestro de mi hijo de manera regular sobre su progreso.
 - Comunícate con todos los maestros de NC Pre-K, otros miembros del personal y otros padres de una manera respetuosa.
 - Cumpla con todas las políticas del centro o la escuela con respecto a la inscripción de mi hijo en un sitio de NC Pre-K.
 - Informar al maestro o director del centro de mi hijo cuando espero retirar a mi hijo del aula de NC Pre-K.
 - Participar en actividades de transición de Kindergarten y talleres para padres (por ejemplo, evaluación de kindergarten, registro, casa abierta, etc.)

Firma del Padre/Tutor Legal

Yo certifico que soy el padre/tutor legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Yo certifico que toda la información contenida en esta aplicación es precisa y completa de acuerdo con mi mejor entendimiento incluyendo la información financiera. Entiendo que esta solicitud es para posible inscripción, y seré notificado si mi niño ha sido aceptado al programa.

Firma Padre/Tutor Legal (requerido):

Nombre

Firma

Fecha

LUGAR DE PREFERENCIA

? ¿Cuál es su sitio de preferencia?

Por favor, marque en orden de prioridad (numero "1" siendo la más preferida y "2" siendo el próximo). Seleccione hasta 3 lugares de preferencia.

Anderson Creek Area

_____ Anderson Creek Primary School (public), 914 Anderson Creek School Rd, Bunnlevel

Angier Area

_____ Angier Elementary School (public), 130 E. McIver St, Angier
_____ North Harnett Primary School (public), 282 N. Harnett School Rd, Angier
_____ The Village Learning Academy (private), 921 N. Raleigh St, Angier

Cameron Area

_____ The Children's Courtyard (private), 81 Plantation Dr, Cameron
_____ Little Miracles (private), 1497 NC Hwy 87 S, Cameron

Dunn/Erwin Area

_____ Dunn Elementary School (public), 800 W. Harnett St., Dunn
_____ Adventures Under the Sun (private), 803 Lucas St, Erwin
_____ Erwin Elementary School (public), 114 Porter Dr., Erwin

Lillington Area

_____ Boone Trail Elementary School (public) 1425 Adcock Rd., Lillington
_____ Lillington Shawtown Elementary School (public), 855 Old US Hwy 421, Lillington
_____ Spring Hill Child Care Center (private), 2559 Spring Hill Church Rd, Lillington

Sanford Area

_____ Benhaven Elementary School (public), 520 Olive Farm Dr, Sanford

Escriba la razón(es) específica(s) por el cual usted prefiere estos lugares:

Aunque HCPC se esforzará por colocar a su hijo en el lugar de preferencia que usted desea como "1" no se garantiza que se asignará al lugar de preferencia. Si los padres no seleccionan un lugar de preferencia el niño será colocado en un lugar de NC Pre-K cercano a la dirección provista en la solicitud y de acuerdo con la disponibilidad de este.

Por favor comprenda que su hijo puede ser colocado en una lista de espera. Aplicaciones sometidas antes de Junio 30, 2024 formaran parte del primer grupo de solicitantes. Estos solicitantes recibirán una carta informándoles su estatus alrededor de Julio 15, 2024. Aplicaciones sometidas después de Junio 30, 2024 se procesaran de una forma continua y se colocaran en el programa de acuerdo a la disponibilidad.

INFORMACION ADICIONAL

¿Como escucho del Programa de NC Pre-K? Marque todas las que apliquen: Folleto Sistema Escolar Guardería actual DSS
 Volantes Familia/Amigos Revista Anuncio Publicidad local Medios de Comunicacion Socia Búsqueda Web
 No recuerdo Pediatra Otro _____

DOCUMENTACION REQUERIDA CON LA SOLICITUD

La solicitud no se procesará hasta que se haya recibido toda la documentación requerida. Consulte la lista de verificación a continuación para obtener una lista de los documentos requeridos.

DOCUMENTACION REQUERIDA

- Solicitud completada (firmada y fechada)
- Certificado de Nacimiento del Niño
- Comprobante de ingresos: 1 mes de talones de pago actuales, 1040, 1040EZ, W2 o LES
- Ingresos adicionales: manutención de los hijos, pensión alimenticia, beneficios del Seguro Social, jubilación, discapacidad del VA, etc. (si aplica)
- Verificación de residencia (factura de agua, factura de electricidad, arrendamiento)

SI APLICA, PARA DETERMINAR ELIGIBILIDAD

- Documentación legal para tutela/custodia Documentación de
- discapacidad/condición de salud crónica
- Documentación Militar (LES)
- Carta de Premio por Discapacidad del VA Documentación del IEP

DOCUMENTACION REQUERIDA EL PRIMER DIA DE CLASES

- REGISTRO DE VACUNAS ACTUALIZADO**
- EVALUACIÓN DE LA SALUD**
(Incluyendo exámenes de audición, visión y dentales.
Use el formulario de Informe Médico de Niños.
Firmado y fechado en los últimos 12 meses.)

* Estos dos documentos deben ser presentados a la maestra de su hijo en su orientación de Pre-K o en la primera fecha de asistencia. De lo contrario, se le cancelara la inscripción del niño de NC Pre-K.

*****Preguntas? email: ncprek@harnettsmartstart.org*****

DIRECCION POSTAL DE:

Harnett County Partnership for Children
Attn: Pre K
170 Pine State St.
Lillington, NC 27546

PARA ENTREGAR EN PERSONA:

Harnett County Partnership for Children
107 W Front St, or 170 Pine State St.
in Lillington

ENVIO EN LINEA

<https://harnettsmartstart.org/wp-content/uploads/2024/04/24-FINAL-sp-no-box-HarnettCounty-Pre-K-app.pdf>

Go to step 3 to upload your application and all required documents