

NC Pre-Kindergarten information for the 2024-2025 school year

Información del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) para el año escolar 2024-2025

Applying to the NC Pre-Kindergarten Program

Please answer all questions on the child application by completing each section A-F.

Attach proof of the child's age: either a copy of a birth certificate, medical record, immunization form, or Medicaid card.

Attach proof of the family's annual income: preferably income tax return, W-2, or a month of current pay stubs for each working parent/caregiver.

I understand that my child will need a current health assessment and immunization record within 30 days of enrolling in the program.

Families will be notified about placement for their child starting in May.

Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program.

Incomplete applications or applications without signatures, dates, or the requested documentation will not be considered.

Pick up the application and return it completed with supporting documentation at:

**Transylvania County Schools
225 Rosenwald Lane
ATTN: Audrey Reneau, Director of Early Learning
828-273-1496**

[Continue to next page]

Inscripción al Programa NC Pre-Kindergarten

Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño/a, llenando cada sección de la A a la F.

Adjunte una prueba de la edad del niño/a como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.

Adjunte prueba del ingreso anual de la familia, de preferencia: documentos del impuesto sobre la renta, o los talones de pago actuales del mes por cada uno de los padres o cuidadores del niño/a que estén trabajando.

Entiendo que mi hijo/a necesitará una evaluación de salud y un registro de vacunación actual dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el programa.

A las familias se les avisará para el cupo de sus niños/as a principios del mes de mayo.

Los/Las niños/as que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados de niños/as tendrán preferencia en la colocación en el programa NC Pre-K.

Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación requerida no serán consideradas.

Recoja la solicitud y devuélvala completa con la documentación de respaldo en:

**Transylvania County Schools
225 Rosenwald Lane
ATTN: Audrey Reneau, Director of Early Learning
828-273-1496**

[Continúa en la siguiente página]

2024-2025 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



A: CHILD INFORMATION | INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Child's Full Name Nombre completo del niño/a		Date of Birth Fecha de nacimiento	
Child's Street Address Dirección donde reside el/la niño/a	City Ciudad	NC	ZIP Código postal
Child's Gender Género del niño/a	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	
Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) Raza/Etnia del niño/a (marque todas las opciones que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> White or European American Blanca o Americano-europea <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native Amerindia/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Black or African American Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asian Asiática 			
Hispanic? ¿Hispano/a?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
What language does the child speak at home? ¿Qué idioma habla el/la niño/a en casa?			
Is child currently attending a child care, preschool or half-day program? ¿El/La niño/a asiste actualmente a una guardería, preescolar, o a un programa de medio tiempo?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
If yes, what is the name of the program? Si es así, ¿cuál es el nombre del programa?			
Has the child ever been in a child care/preschool setting? ¿Alguna vez ha estado el/la niño/a en un establecimiento de guardería/preescolar?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
Does the child receive a child care subsidy voucher? ¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military or was seriously injured or killed while on active duty? ¿Al menos uno de los padres o tutores del niño/a es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido éste/a herido/a gravemente o ha muerto durante el servicio activo?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
Which of the following additional factors apply to this child? (Check all that apply) ¿Cuál de los siguientes factores adicionales aplican para este/a niño/a? (Marque todas las opciones que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identified disability (indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP) Discapacidad identificada (determinada porque el/la niño/a tiene un Plan Educativo Individualizado– IEP activo) <input type="checkbox"/> Chronic health conditions (indicated by a health care provider, e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc.) Condiciones de salud crónicas (determinadas por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia de células falciformes, cáncer, VIH, etc.) <input type="checkbox"/> Developmental educational need (as indicated by the child's performance results on a developmental screening) Necesidades educativas del desarrollo (determinadas por los resultados de desempeño en una evaluación de desarrollo) 			

2024-2025 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION | INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

PARENT/GUARDIAN NAME #1 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #1: Please only list parents/caregivers living in the household with the child applicant. Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.

Gender Género	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	<input type="checkbox"/> Father Padre	<input type="checkbox"/> Mother Madre
<input type="checkbox"/> Other, please specify Otro, especifique:		
Phone Number Teléfono:	Work Phone Number Teléfono del trabajo:	

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- Not Employed/ Desempleado/a
- Employed | Empleado/a
- Seeking Employment | Buscando empleo
- Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

Monthly | Mensual Twice Monthly | Quincenal Weekly | Semanal Bi-Weekly | Cada dos semanas

PARENT/GUARDIAN NAME #2 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #2: Please only list parents/caregivers living in the household with the child applicant. Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.

Gender Género	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	<input type="checkbox"/> Father Padre	<input type="checkbox"/> Mother Madre
<input type="checkbox"/> Other, please specify Otro, especifique:		
Phone Number Teléfono:	Work Phone Number Teléfono del trabajo:	

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- Not Employed/ Desempleado/a
- Employed | Empleado/a
- Seeking Employment | Buscando empleo
- Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

Monthly | Mensual Twice Monthly | Quincenal Weekly | Semanal Bi-Weekly | Cada dos semanas

2024-2025 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



C: DEVELOPMENTAL ASSESSMENTS | EVALUACIONES DE DESARROLLO

Is the family concerned about the child's development? La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
If yes, please explain Si respondió sí, explique:		
<p>Has the child been referred for an evaluation or identified with a disability? ¿Se ha remitido al niño/a para una evaluación o se le ha identificado alguna una discapacidad?</p> <input type="checkbox"/> Yes, Continue on with the remaining questions Sí, continúe con las preguntas siguientes <input type="checkbox"/> No, Skip to the certification/signature section No, pase a la sección de certificación/firma		
<p>What was the decision of the evaluation for this child? ¿Cuál fue la decisión de evaluación de este/a niño/a?</p> <input type="checkbox"/> No disability identified No se identificó ninguna discapacidad <input type="checkbox"/> Evaluation decision in process La decisión de la evaluación se encuentra en proceso <input type="checkbox"/> One or more disabilities identified Se identificaron una o más discapacidades <input type="checkbox"/> Do not know No lo sé		
<p>What conditions were identified (Please check all that apply) ¿Qué condiciones se identificaron? (Marque todas las opciones que correspondan)</p> <input type="checkbox"/> Autistic Autista <input type="checkbox"/> Hearing Impaired Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Orthopedically Impaired Discapacidad ortopédica <input type="checkbox"/> Severely/Profoundly Mentally Disabled Discapacidad mental severa/muy severa <input type="checkbox"/> Speech/Language Impaired Discapacidad de habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Visually Impaired Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Behaviorally/Emotionally Disabled Discapacidad emocional/de comportamiento <input type="checkbox"/> Multi-Handicapped (please explain) Discapacidad múltiple (explique) <input type="checkbox"/> Preschool/Persistent Developmentally Delayed Retraso en el desarrollo preescolar/permanente <input type="checkbox"/> Other Health Impaired Otra deficiencia de la salud		
Has the child been referred for services? ¿Se ha remitido al niño/a para servicios de asistencia?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Is this child receiving services related to the disability? ¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Please list the services the child is receiving Haga una lista de los servicios que recibe el/ la niño/a:		
Does the child have an active IEP (Individualized Education Plan)? ¿El/La niño/a tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) activo?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No

2024-2025 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



D: NC PRE-K LOCATION CHOICES | OPCIONES DE UBICACIÓN PARA PRE-K NC

1st Choice 1ra opción	2nd Choice 2da opción	3rd Choice 3ra opción
-------------------------	-------------------------	-------------------------

E: CERTIFICATION & SIGNATURE | CERTIFICACIÓN & FIRMA

By signing this form, I certify that the information provided is true, correct, and complete and that all income has been reported. Program staff may verify information on this Application. | Al firmar este formulario certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta solicitud.

I give permission for the NC Pre-K site my child attends to share my child's developmental screening and formative assessment results with Smart Start of Transylvania County and local elementary schools.. | Yo doy permiso para que el establecimiento del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) donde asiste mi hijo/a, comparta los resultados de la evaluación de desarrollo y evaluación formativa con Smart Start of Transylvania County y escuelas primarias locales..

Adult Signature Firma del adulto	Today's Date Fecha de hoy
------------------------------------	-----------------------------

F: APPLICATION CHECKLIST | LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

Did you remember to: / ¿Recordaste:

- Sign and date the application / Firmar y escribir la fecha de la solicitud?
- Include proof of child's birth date / Incluir prueba de la fecha de nacimiento del niño/a?
- Include proof of family income for all working parents/caregivers / Incluir comprobante de ingresos familiares para todos los padres/cuidadores que trabajan?
- If child is in foster care, include placement documentation / Si el/la niño/a está en cuidado de crianza (hogar de acogida temporal), incluir la documentación de colocación?
- If child has an IEP, include a copy of the IEP / Si el/la niño/a tiene un IEP, incluir una copia del IEP?