

Información de los Servicios para el Pre-Kínder

Por favor, guarde esta página para usarla como referencia

¿Qué es el Pre-Kínder?

El Pre-Kínder es una oportunidad divertida y emocionante de aprendizaje para los niños. Se desarrollan muchas destrezas que hacen más fácil la transición a Kínder. Los salones de clases de pre-kínder en nuestra comunidad operan por lo menos seis horas diarias de lunes a viernes a partir de finales de agosto hasta junio – y algunos incluso comienzan en julio. Las clases de pre-kínder se encuentran en la escuela pública, Head Start, y en programas privados de cuidado infantil. El programa es gratuito para las familias que califiquen, con la excepción de costos mínimos de almuerzo cuando las familias no califican para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

¿Debo solicitar?

Si una o más de las siguientes directrices le aplica a usted o su hijo(a), puede calificar para los servicios de Pre-Kínder:

- El niño(a) debe cumplir cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto de 2012 para ser considerado para el próximo año escolar 2012-2013;
- El niño(a) reside en un hogar de bajo ingreso o muestra una necesidad en el desarrollo educativo;
- Es hijo(a) de un familiar militar elegible;
- Niño(a) con una discapacidad identificada o una necesidad educativa o del desarrollo;
- Niño(a) o Familia con el Inglés como segundo idioma;
- Niño(a) que vive con una familia adoptiva temporal, guardián legal, o un familiar;
- Los niños de tres años pueden calificar bajo el programa de Head Start.

Si usted está interesado en hacer una solicitud, por favor complete el formulario adjunto y envíelo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página. Completar esta solicitud no garantiza un lugar en el salón de clases.

Información Adicional:

- Algunos lugares de cuidado de niños ofrecen cuidado extendido antes y después de las horas escolares por un costo adicional. Se deben hacer arreglos con el director de cada establecimiento.
- Los fondos para las clases de Pre-Kínder vienen de los programas Título 1, Head Start, el Pre-Kínder de Carolina del Norte, y Niños Excepcionales. Cada fuente de financiamiento tiene distintos criterios de elegibilidad. Al someter una solicitud, usted será considerado para todas las colocaciones posibles.

Exhortamos a todas las familias interesadas a que completen una solicitud o a que llamen para obtener más información.

Por favor devuelva la solicitud con la documentación de apoyo a uno de los siguientes sitios:

<p>Alamance Partnership for Children 2322 River Road Burlington, NC 27217 Teléfono 336-513-0063 Fax 336-226-1152</p>	<p>Sistema Escolar Alamance Burlington Complejo Ray Street 609 Ray Street Graham, NC 27253 Teléfono 336-438-4210 Fax 336-570-6353</p>	<p>Head Start Junction 421 Alamance Road Burlington, NC 27215 Teléfono 336-436-0202 Fax 336-226-0933</p>
---	--	---





Ubicaciones de Pre-Kínder en el Condado de Alamance de Carolina del Norte

Por favor, guarde esta página para usarla como referencia

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1) Primaria Alexander Wilson
2518 NC 54
Graham, NC 27253 | 7) Primaria Elon
510 E. Haggard Ave.
Elon, NC 27244 | 13) Head Start Junction
421 Alamance Road
Burlington, NC 27215 | 19) Primaria Pleasant Grove
2847 Pleasant Gr. Un. Sch. Rd.
Burlington, NC 27217 |
| 2) Primaria Andrews
2630 Buckingham Road
Burlington, NC 27217 | 8) Primaria EM Yoder
301 N. Charles St.
Mebane, NC 27302 | 14) Primaria Hillcrest
1714 West Davis Street
Burlington, NC 27215 | 20) Primaria South Graham
320 Ivey Road
Graham, NC 27253 |
| 3) Beginning Visions CDC***
145 Huffine Street
Gibsonville, NC 27249 | 9) Excel Christian Academy***
734 Apple Street
Burlington, NC 27217 | 15) JSS Head Start***
615 Gunn Street
Burlington, NC 27217 | 21) Primaria South Mebane
600 South Third Street
Mebane, NC 27302 |
| 4) Creative Childcare***
3216 NC Hwy 54 East
Graham, NC 27253 | 10) Primaria Grove Park
141 Trail One
Burlington, NC 27215 | 16) Lifespan Circle School***
919 Stokes Street
Burlington, NC 27215 | 22) Primaria Sylvan
7718 Sylvan Rd.
Snow Camp, NC 27349 |
| 5) Creative Childcare 2***
2257 NC 87S
Graham, NC 27253 | 11) Primaria Harvey Newlin
316 Carden St.
Burlington, NC 27215 | 17) Primaria Marvin B. Smith
2235 Delaney Dr.
Burlington, NC 27215 | 23) Graham Head Start
620 Ray Street
Graham, NC 27253 |
| 6) Primaria Eastlawn
502 N. Graham Hopedale Road
Burlington, NC 27217 | 12) Primaria Haw River
701 E. Main St.
Haw River, NC 27258 | 18) Primaria North Graham
1025 Trollinger Rd.
Graham, NC 27253 | |

***Ubicaciones que pueden ofrecer cuidado antes y después de la escuela. Contacte a la ubicación para más detalles.

***Algunas ubicaciones en las escuelas públicas ofrecen programas después de la escuela. Contacte a la escuela para más detalles.





Solicitud para el Pre-Kínder 2012-2013

¿Tiene transporte para que su hijo(a) asista a pre-kínder? ____ Sí ____ NO

¿El niño(a) necesitará cuidado infantil después del horario escolar? ____ Sí ____ NO

Por favor, indique cuál ubicación de Pre-Kínder a usted le gustaría que su hijo(a) asista. Haga 3 elecciones y marque 1^{ra}, 2^{da}, 3^{ra}.

***Nota: Estas ubicaciones están sujetas a cambios.**

___ Primaria Alexander Wilson

___ Excel Christian Academy

___ Lifespan Circle School

___ Primaria Andrews

___ Graham Head Start

___ Primaria Marvin B. Smith

___ Beginning Visions

___ Primaria Grove Park

___ Primaria North Graham

___ Creative Childcare (Hwy 54)

___ Primaria Harvey Newlin

___ Primaria Pleasant Grove

___ Creative Childcare 2 (Hwy 87)

___ Primaria Haw River

___ Primaria South Graham

___ Primaria Eastlawn

___ Head Start Junction

___ Primaria South Mebane

___ Primaria Elon

___ Primaria Hillcrest

___ Primaria Sylvan

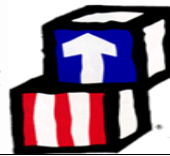
___ Primaria EM Yoder

___ JSS Head Start

Sólo para Uso Oficial:
Public School Zone: _____

Nombre del Niño(a)	Primer	Segundo	Apellido
Fecha de Nacimiento	mes/día/año	Sexo: Varón ____ Hembra ____	
Dirección del Niño(a)	Dirección	Ciudad	Código Postal
	¿Con quién vive el niño(a)? <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Padre/Madre y Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Padres adoptivos temporales <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro _____	Por favor indique la etnicidad <u>y</u> la raza: Etnicidad: ¿Es el niño(a) hispano o latino? (Marque "Sí" o "No") <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No RAZA: Por favor marque por lo menos uno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____	





Nombre de la Madre/Madrastra/Guardián			
Número Telefónico de la Madre/Madrastra/Guardián	Número de Teléfono de la Casa	Número de Celular	Número del Trabajo
Lugar de Empleo de la Madre	Si la madre está desempleada, por favor marque esta caja <input type="checkbox"/> Empleada por: _____		
Ingresos de la Madre **Se tiene que proveer documentación de todos los ingresos	Salario actual ANTES de pagar impuestos	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Discapacidad	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Manutención de los Hijos	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Compensación al Trabajador	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Desempleo	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	SSI/TANF/Work First	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Otro(Por favor especifique)_____	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	

Nombre del Padre/Padrastro/Guardián			
Número Telefónico del Padre/Padrastro/Guardián	Número de Teléfono de la Casa	Número de Celular	Número del Trabajo
Lugar de Empleo del Padre	Si el padre está desempleado, por favor marque esta caja <input type="checkbox"/> Empleado por: _____		
Ingresos del Padre ** Se tiene que proveer documentación de todos los ingresos	Salario actual ANTES de pagar impuestos	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Discapacidad	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Manutención de los Hijos	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Compensación al Trabajador	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Desempleo	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	SSI/TANF/Work First	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	
	Otro (Por favor especifique)_____	\$ Esta cantidad es <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> cada otra semana <input type="checkbox"/> semanal	





Información Familiar:

Por favor provea la información acerca de los miembros de su familia. Por favor enliste a todas las personas que viven en su hogar:

Nombre	Edad	Relación con el niño(a) (ejemplo: hermana, hermano, abuelo, tía, tío, etc.)	Por favor incluya el nombre de la escuela donde asiste su hijo(a), si es que esto le aplica a él/ella

- 1) ¿Es el padre/guardián un miembro activo en el servicio militar? ___SÍ___ ___NO___
- 2) ¿Desde su nacimiento, ha estado el niño(a) inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o guardería particular? ___SÍ___ ___NO___
- 3) ¿Está el niño(a) **actualmente** inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o cuidado infantil privado? ___SÍ___ ___NO___
 ➤ Si está actualmente inscrito, ¿cuál es el nombre del programa? _____
- 4) ¿Está usted recibiendo actualmente un bono de DSS para el subsidio de guardería para ayudar a pagar por el cuidado infantil? ___SÍ___ ___NO___
- 5) ¿Cuál es el idioma principal que habla su hijo(a)? _____ ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? _____
- 6) ¿Está su hijo(a) recibiendo servicios de educación especial (por ejemplo: terapia del habla, terapia física, terapia del comportamiento, etc.)? ___SÍ___ ___NO___
 ➤ Si su respuesta es afirmativa, por favor enliste el tipo de servicio que está recibiendo su hijo(a): _____
- 7) ¿Tiene su hijo(a) un Plan Educativo Individual (IEP por sus siglas en inglés)? ___SÍ___ ___NO___
 ➤ Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es la agencia encargada de proveerle estos servicios a su hijo(a)? _____
- 8) ¿Tiene su hijo(a) alguna condición de salud crónica, incluyendo alergias u otras necesidades especiales? ___SÍ___ ___NO___
 ➤ Si su respuesta es afirmativa, por favor descríbala _____





Lista de Verificación

- Todas las partes de la solicitud están completas.
- Someter una copia del certificado de nacimiento.
- Someter verificación de residencia.
- Someter TODA la documentación sobre el ingreso de cada padre (por ejemplo, talón de cheque, manutención de los hijos, W-2) con la solicitud.
- Cualquier documento legal que indique la custodia legal (si la situación aplica).
- Plan de Educación Individualizado actual y/o documentos médicos del doctor o de la agencia que indique la discapacidad médica del niño(a).
- Los solicitantes que sean aceptados deberán haber tenido un examen físico actualizado de audición y visión dentro de los últimos 12 meses.

PADRE Y/O GUARDIÁN – FAVOR DE LEER Y FIRMAR

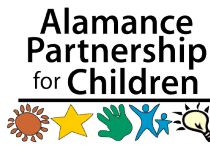
Entiendo que esta es una solicitud para servicios que se ofrecen y que no constituye la inscripción en ningún programa. Certifico que la información en esta solicitud es cierta y precisa y que se han informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se provee para recibir fondos del gobierno federal y/o estatal; que los oficiales pueden verificar la información en esta solicitud; y que la distorsión deliberada de la información me podría exponer a acción judicial según las leyes federales y/o estatales aplicables.

La información en esta solicitud se podrá usar solamente para determinar la elegibilidad de los programas Head Start, Título I y/o del Pre-kínder de Carolina del Norte. Entiendo que divulgaré información para que se pueda considerar a mi hijo(a) para uno de estos programas. La administración del programa puede verificar la información en esta solicitud. Yo renuncio a mis derechos de confidencialidad únicamente para estos propósitos. Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado para participar en el programa, la participación de los padres será esencial para el éxito de mi hijo. Yo/nosotros me comprometo a participar según lo requiera el programa. Certifico que soy el padre/guardián del niño(a) para el cual se llena esta solicitud.

Padre (Persona Responsable Principal) Firma (se requiere) Fecha

Padre (Persona Responsable Secundaria) Firma (si está disponible) Fecha





FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE NO RECIBEN INGRESOS

Si está desempleado actualmente y no está recibiendo beneficios de desempleo u otro medio de ingreso regular, por favor llene este formulario. *(Sólo use este formulario si no tiene ningún otro comprobante de ingreso)*

Nombre del Niño(a): _____

Yo, _____ no estoy recibiendo ingreso de empleo ni beneficios de empleo. Actualmente estoy desempleado(a).

Recibo \$ _____ cada semana/mes (marque uno).

Esto es para verificar que mis hijos y yo no hemos tenido ingreso: Desde: _____ Hasta: _____
Fecha Fecha

Nombre de la persona/fuente que provee apoyo financiero para esta familia: _____

Firma de la persona que da apoyo financiero: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Notario Público: _____ **Fecha Notariada:** _____ **Sello**

****Hay un notario en The Alamance Partnership for Children, 2322 River Road Burlington, NC 27217***

