



## Información de los Servicios para el Pre-Kínder 2019-20

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. Las escuelas de calendario del año completo comienzan en julio. Las clases de pre-kínder se encuentran en el Sistema Escolar Alamance-Burlington, 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. El financiamiento para las clases de pre-kínder viene de parte de Título I, Head Start, Pre-Kínder de Carolina del Norte y Niños Excepcionales. Cada fuente de financiamiento tiene diferentes criterios de elegibilidad. Al someter una solicitud se le considerará para todas las ubicaciones posibles. El espacio es limitado y puede que a algunos niños se les coloque en una lista de espera.

### ¿Debo solicitar?

Si una o más de las siguientes directrices le aplica a usted o a 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 2019** para ser considerado para el próximo año escolar 2019-2020;
- El niño(a) reside en un hogar de bajo ingreso;
- 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 habilidades limitadas del inglés;
- 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 someter una solicitud, por favor complete el formulario adjunto y envíelo junto a cualquier documentación adicional a una de las direcciones que aparecen en la parte inferior de esta página. Completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa de Pre-Kínder.**

#### **Ninguna solicitud será considerada completa hasta que se reciba la siguiente información.**

- Solicitud Completada
- Certificado de Nacimiento (Acta de nacimiento, Historial médico o de vacunaciones)
- Comprobante de Ingresos (1040, W2, Manutención de Menores, Seguro Social, jubilación, discapacidad, Compensación al Trabajador, Asistencia Pública/Beneficios *Work First*, pagos de servicio en el Ejército o 3 talones de pago consecutivos). **Cada padre o tutor que no tenga empleo o ingresos regulares tendrá que llenar una declaración sobre esto y dar una lista de las fuentes de manutención de la familia. (Vean la caja en la segunda página de la aplicación).**

- Prueba de Residencia (factura de servicios públicos o contrato de alquiler)

#### **Una vez que un niño(a) es aceptado en el programa se debe someter lo siguiente:**

- El Registro de Inmunización del niño
- Plan Individualizado de Educación (IEP por sus siglas en inglés) **si es necesario**
- Evaluación de salud completada, incluyendo evaluaciones dentales, de la vista y del oído, por el médico dentro de 30 días de la inscripción
- Comprobante de *Medicaid* (solo para las ubicaciones de *Head Start*) si se aplica

<p><b>Alamance Partnership for Children</b>  <b>2322 River Road</b>  <b>Burlington, NC 27217</b>  <b>Teléfono 336-513-0063</b>  <b>Fax 336-226-1152</b>  <b>kcoffer@alamancechildren.org</b>  <b>Solicitudes sólo para niños de 4 años de edad</b></p>	<p><b>Sistema Escolar Alamance Burlington</b>  <b>Academia Ray Street</b>  <b>609 Ray Street, Graham, NC 27253</b>  <b>Teléfono 336-438-4212</b>  <b>Fax 336-570-6353</b>  <b>Anita_Slaughter@abss.k12.nc.us</b>  <b>Solicitudes sólo para niños de 4 años de edad</b></p>	<p><b>Head Start Junction</b>  <b>421 Alamance Road</b>  <b>Burlington, NC 27215</b>  <b>Teléfono 336-436-0202</b>  <b>Fax 336-226-0933</b>  <b>Aceptan solicitudes para niños de 3 a 4 años de edad</b></p>
--	--	--



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

**\*Nota: Estos sitios están sujetos a cambios**

### Información Adicional:

**\*\*\*Guarderías-** 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.

**Transporte-** El ABSS no ofrece transporte. Las guarderías privadas puede que ofrezcan transporte. Comuníquese con los establecimientos particulares para ver la disponibilidad.

**Por favor, indique cuál ubicación de Pre-Kínder a usted le gustaría que su hijo(a) asista. Haga 3 elecciones y marque 1<sup>ra</sup>, 2<sup>da</sup> & 3<sup>ra</sup>. Por favor solo escoja las opciones que esté dispuesta a aceptar.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1) Primaria Alexander Wilson<br>2518 NC 54<br>Graham, NC 27253  | 9) Primaria EM Yoder<br>301 N. Charles Street<br>Mebane, NC 27253                                     | 17) JSS Head Start***<br>615 Gunn Street<br>Burlington, NC 27217  |
| 2) Primaria Andrews<br>2630 Buckingham Road<br>Burlington, NC 27217   | 10) Excel Christian Academy<br>825 Apple Street<br>Burlington, NC 27217                               | 18) Lifespan Circle School***<br>919 Stokes Street<br>Burlington, NC 27215                              |
| 3) Primaria Audrey Garrett<br>3224 Old Hillsborough Road<br>Mebane, NC 27302                                  | 11) Graham Head Start<br>620 Ray Street<br>Graham, NC 27253   | 19) Primaria Marvin B. Smith<br>2235 Delaney Drive<br>Burlington, NC 27215                              |
| 4) Beginning Visions CDC***<br>145 Huffine Street<br>Gibsonville, NC 27249                                    | 12) Primaria Grove Park<br>141 Trail One<br>Burlington, NC 27215                                      | 20) Primaria North Graham<br>1025 Trollinger Road<br>Graham, NC 27253<br><b>ESCUELA DE AÑO COMPLETO</b> |
| 5) Child Care Network #78***<br>827 S. Sellars Mill Road<br>Burlington, NC 27217                              | 13) Primaria Harvey Newlin<br>316 Carden Street<br>Burlington, NC 27215                               | 21) Primaria Pleasant Grove<br>2847 Pleasant Grove School Road<br>Burlington, NC 27217                  |
| 6) Creative Child Care***<br>3216 NC Hwy 54 East<br>Graham, NC 27253  | 14) Primaria Haw River<br>701 E. Main Street<br>Haw River, NC 27253<br><b>ESCUELA DE AÑO COMPLETO</b> | 22) Primaria South Graham<br>320 Ivey School Road<br>Graham, NC 27253<br><b>ESCUELA DE AÑO COMPLETO</b> |
| 7) Creative Child Care 2***<br>2257 NC 87 South<br>Graham, NC 27253   | 15) Head Start Junction<br>421 Alamance Road<br>Burlington, NC 27215                                  | 23) Primaria Sylvan<br>7718 Sylvan Road<br>Sylvan, NC 27349   |
| 8) Primaria Eastlawn<br>502 N. Graham-Hopedale Road<br>Burlington, NC 27217<br><b>ESCUELA DE AÑO COMPLETO</b> | 16) Primaria Hillcrest<br>1714 West Davis Street<br>Burlington, NC 27215                              |   |



# Solicitud para el Pre-Kínder 2019-2020 del Condado Alamance en Carolina del Norte

1<sup>ra</sup> Opción \_\_\_\_\_

2<sup>da</sup> Opción \_\_\_\_\_

3<sup>ra</sup> Opción \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

**Nombre del niño(a)** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

**Edad:** \_\_\_\_\_ ¿Si el niño(a) no tiene 4 años de edad, cumplirá 4 años en o antes del 31 de agosto? Sí  NO

**Dirección del Niño(a)** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_  
Si es diferente a la dirección indicada arriba Ciudad Estado Código Postal

Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro u Afro Americano  
 Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico  Hispano/Latino  Blanco o Europeo Americano

**Sexo**  Varón  Hembra **Idioma Principal del Niño(a)** \_\_\_\_\_ **¿En qué idioma quiere que se haga la evaluación?** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

**¿Con quién vive el niño(a)?**  
 Madre y Padre  Madre Soltera  Padre Soltero  Padre/Madre y Madrastra/Padrastro  50/50 Custodia Compartida  
 Abuelo(s)  Padres Adoptivos Temporales  Guardián Legal  Otro \_\_\_\_\_

**¿Su familia tiene actualmente una situación de vivienda estable?**  
 Sí  No  Prefiero no contestar (por favor explique) \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre/Madrastra/Guardián** \_\_\_\_\_ **Vive con el niño(a)** Sí  NO

**Teléfono del Hogar** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Padrastro/Guardián** \_\_\_\_\_ **Vive con el niño(a)** Sí  NO

**Teléfono del Hogar** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el tamaño de la familia del niño(a)?** \_\_\_\_\_ **Número Total (incluyendo el niño(a) de Pre-Kínder de Carolina del Norte)** \_\_\_\_\_

Por favor enumere los nombres de <b>TODOS</b> los miembros de la familia que viven en el hogar.	Relación con el Niño de Pre-Kínder de Carolina del Norte (ejemplo: madre, padre, abuelo, hermana, hermano, tía, tío, padrastro/madrastra)	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

¿Están empleados o matriculados en alguna escuela los padres de esta familia? Por favor, marque uno.

**Madre/Guardián:** Trabaja  NO  Buscando Trabajo  NO  En la Escuela  NO   
**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

**Padre/Guardián:** Trabaja  NO  Buscando Trabajo  NO  En la Escuela  NO   
**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Por favor circule el nivel más alto de educación completado:

**Madre:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más alto Diploma de Escuela Preparatoria GED Título Técnico Licenciatura o superior

**Padre:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 más alto Diploma de Escuela Preparatoria GED Título Técnico Licenciatura o superior

**Ingreso de la Madre/Madrastra/Guardián- INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO**

Ingreso Ganado	\$ _____	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 <input type="checkbox"/>
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores	\$ _____	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"/>
Pensión Alimenticia	\$ _____	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"/>
Otro _____	\$ _____	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"/>

**Ingreso del Padre/Padrastro/Guardián**

Ingreso Ganado	\$ _____	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 <input type="checkbox"/>
Beneficios de Desempleo/Compensación para los Trabajadores	\$ _____	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"/>
Pensión Alimenticia	\$ _____	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"/>
Otro _____	\$ _____	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"/>

**\*Si usted está actualmente desempleado y no está recibiendo beneficios de desempleo u otra fuente de ingresos regulares por favor indique la persona o fuente que proporciona apoyo para esta familia: \_\_\_\_\_ Aporto \$ \_\_\_\_\_ semanal/mensual**

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

**Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

**OTRA INFORMACIÓN**

- ¿Está alguno de los padres o tutores sirviendo actualmente en el servicio Militar, o fue herido o falleció mientras servía? (Se requiere documentación para verificar) Sí  NO
- ¿Desde su nacimiento, ha estado el niño(a) inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o cuidado en el hogar Sí  NO
- ¿Está el niño(a) actualmente inscrito en un programa para edad preescolar, guardería o cuidado en el hogar? Si está actualmente inscrito, ¿cuál es el nombre del programa? \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Está recibiendo su hijo(a) un bono para el subsidio de guardería? Sí  NO  Si no, ¿está en la lista de espera para el subsidio? Sí  NO
- ¿Tiene su hijo(a) una condición crónica de salud? (Se requieren documentos médicos) Sí  NO   
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es la condición de salud crónica? \_\_\_\_\_
- ¿Necesita su hijo(a) ayuda para enseñarle a ir al baño? Sí  NO
- ¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) con una Necesidad Especial? Sí  NO
- Si su respuesta es afirmativa, ¿tiene su hijo(a) un Plan Individualizado de Educación (IEP) con el Sistema Escolar Alamance-Burlington? Sí  NO
- ¿Su hijo(a), está recibiendo actualmente servicios por una necesidad especial o discapacidad? Sí  NO   
Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique (**marque todo lo que aplique e indique quién provee esos servicios**)  
 Habla \_\_\_\_\_  Terapia Física \_\_\_\_\_  Servicios Educativos \_\_\_\_\_  
 Salud Mental \_\_\_\_\_  Discapacidad identificada-Por favor especifique \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE/MADRE**

- 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. Los oficiales pueden verificar la información en esta solicitud. 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. Divulgo esta información para que se pueda considerar a mi hijo(a) para uno de estos programas. Las agencias designadas pueden compartir y/o verificar cualquier y toda información sobre mi hijo(a).
- Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado para participar en el programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte, la participación de los padres será esencial para el éxito de mi hijo(a) y Yo/nosotros me comprometo a participar según lo requiera el programa.
- Entiendo que el Pre-Kínder de Carolina del Norte está diseñado para server a los niños en riesgo y que se hará todo el esfuerzo de parte de mí y del equipo de Pre-Kínder de Carolina del Norte para mantener la inscripción y la participación de mi hijo(a).
- Entiendo que soy responsable de proporcionar el transporte a mi hijo(a) si el transporte no está disponible en su escuela.
- Doy permiso para que mi hijo(a) reciba evaluaciones de desarrollo, vista, oído, dentales y/o del habla y del lenguaje y que los resultados sean compartidos con los programas de pre kínder asociados (Head Start, Título I, y Pre kínder de Carolina del Norte).

**Firma del Padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**