



Información de los Servicios para el Pre-Kínder 2021-22

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 de Stokes County, Head Start y en programas privados de cuidado infantil. El programa es gratuito para las familias que califiquen. El financiamiento para las clases de pre-kínder viene de parte de Stokes County Schools, Head Start, y Pre-Kínder de Carolina del Norte. 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 2021** para ser considerado para el próximo año escolar 2020-2021;
- 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.

Si usted está interesado en someter una solicitud, por favor complete el formulario adjunto y envíelo junto con cualquier documentación adicional:

Stokes Partnership for Children
 PO Box 2319
 151 Jefferson Church Rd., Suite 104
 King, NC 27021
 Phone: 336-985-2676
 Fax: 336-985-3302

scox@stokespfc.com

Completar esta solicitud no garantiza la participación en el programa de Pre-Kínder.

El Padre/Guardian será notificado por escrito, si su hijo(a) es elegible para la inscripción en el mes de Julio.

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

Información sobre Ubicaciones de Sitios Pre-K

Los niños son asignados a sitios por el personal Pre-K; sin embargo sería útil para nosotros saber que sitios le sería conveniente. Algunos sitios están abiertos a todos los solicitantes y algunos sitios son limitados a niños que encuentran ciertos criterios. Los niños serán asignados a un sitio basado en la elegibilidad, la residencia, necesidades de la familia, y los requisitos del programa. Para ayudarnos con decisiones de colocación, sepamos por favor que sitios quizás satisfagan mejor sus necesidades. **Indique por favor su 1a, 2a, y 3a selecciones.**

Sitio	Dirección	Teléfono	Director/Directora	¿Cuidado ampliado ofrecido?	¿Transporte ofrecido?
Danbury Head Start	1070 Hospice Dr. Danbury, NC 27016	336-593-8113	Rhonda Wrenn	No	Sí (limitado)
King Elementary	152 East School Street King, NC 27021	336-983-5824	Daniel Bryant	Quizá será proporcionado por medio de la YMCA de Stokes	Dentro de distrito/con un hermano mayor si hay espacio disponible
London Head Start	609 School Street Walnut Cove, NC 27052	336-591-7340	Lisa Moore	No	No
Mt. Olive Head Start	2145 Chestnut Grove Rd. King, NC 27021	336-367-4993	Rhonda Wrenn	Quizá será proporcionado por medio de la YMCA de Stokes	No
New Life Center	415 Summit Street Walnut Cove, NC 27052	336-591-3109	Nann Phillips	Sí	No
Pinnacle Elementary	1095 Surry Line Road Pinnacle, NC 27043	336-368-2990	Susan Sprinkle	No	Dentro de distrito/con un hermano mayor si hay espacio disponible
Poplar Springs Elementary	223 Hobe Kiser Rd. King, NC 27021	336-983-3882	Sam Jones	Quizá será proporcionado por medio de la YMCA de Stokes	Dentro de distrito/con un hermano mayor si hay espacio disponible
Sandy Ridge Head Start	1308 Amostown Rd. Sandy Ridge, NC 27046	336-871-2551	Rhonda Wrenn	No	No
Walnut Cove Elementary	1211 Walnut Cove Rd. Walnut Cove, NC 27052	336-591-4408	Chris Bottoms	Quizá será proporcionado por medio de la YMCA de Stokes	Dentro de distrito/con un hermano mayor si hay espacio disponible



Solicitud para el Pre-Kínder 2021-2022 del Condado Stokes en Carolina del Norte

1^{ra} Opción _____ 2^{da} Opción _____ 3^{ra} 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 TODOS 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	A que escuela asisten los hermanos?
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 Sí NO Nombre del Empleador: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo
 Buscando Trabajo Sí NO
 En la Escuela Sí NO Nombre de la Escuela: _____

Padre/Guardián: Trabaja Sí NO Nombre del Empleador: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo
 Buscando Trabajo Sí NO
 En la Escuela Sí NO Nombre de la Escuela: _____

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"/>	Earned I
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"/>	Public A
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"/>	Social Se
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"/>	Unempl
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"/>	Child Su
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"/>	Other

Ingreso del Padre/Padrastra/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? 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 _____

¿Como oyó acerca de nosotros? _____

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 comprometemos a participar según lo requiera el programa.
- Entiendo que el Pre-Kínder de Carolina del Norte está diseñado para servir 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 _____