

EL PROGRAMA PRE-K DE CAROLINA DEL NORTE
(NC PRE-K)

A LOS PADRES - LEA Y GUARDE ESTA HOJA INFORMATIVA

El Programa Pre-K de Carolina del Norte, bajo la administración de la Asociación para la Infancia de la Región A, ofrece acceso a las familias que reúnen los requisitos necesarios a servicios preescolares a tiempo completo y de alta calidad en muchas escuelas, centros Head Start y guarderías privadas de los siete condados occidentales de Carolina del Norte y de la frontera de Qualla. Las aulas preescolares de Carolina del Norte operan al menos 6 ½ horas por día durante diez meses. Los centros autorizados deben contar con una licencia de guardería de cuatro o cinco estrellas emitida por el estado de Carolina del Norte y emplear a profesores titulares de educación preescolar cualificados. **Todo niño que reciba el visto bueno para participar en NC Pre-K y que sea asignado a una aula de NC Pre-K podrá recibir servicios de guardería durante la jornada escolar de NC Pre-K gratuitamente.**

¿Quién reúne los requisitos para participar en el programa NC Pre-K?

Los niños cumplen con el requisito de edad si cumplen cuatro años el 31 de agosto del año del programa o antes, pero aún no han cumplido los cinco años. Las familias reúnen los requisitos si cumplen con las directrices de ingresos. Es posible que una familia sobrepase las directrices de ingresos y que pueda beneficiarse de la ayuda de NC Pre-K si se da una de las siguientes circunstancias: la familia no tiene hogar; en casa se habla un idioma que no es el inglés; es una familia militar elegible; o el niño presenta una Necesidad Educativa, tiene un Plan Educativo Individualizado o una condición de Salud Crónica. Se requiere más documentación para verificar tales circunstancias. Todas las familias que inscriban a un niño en un aula de NC Pre-K deben completar y enviar un paquete de solicitud completo.

¿Cómo se solicita la inscripción en el programa NC Pre-K?

- Obtenga la solicitud de NC Pre-K infantil en el sitio donde desea inscribir a su hijo en el programa Pre-K.
- Complete, firme y feche la Solicitud Infantil que adjuntamos. **Debe responder a todas las preguntas en su totalidad.**
- Debe incluir los siguientes documentos **junto con** la solicitud de su hijo para NC Pre-K:
 - Copia del acta de nacimiento o del registro de vacunas
 - Ingresos actuales de todos los padres/padrastrros/cuidadores/tutores **que viven en el mismo hogar** que el niño en edad de NC Pre-K (consulte el recuadro de abajo para ver las distintas formas de documentación de ingresos se aceptan)
 - Si el niño vive con su cuidador o tutor, adjunte la orden judicial más reciente u otra autorización
 - Si el niño se encuentra en un hogar de acogida temporal, el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales firmar esta solicitud
- Entregue todos los materiales de la solicitud a la escuela, centro Head Start, o guardería privada donde adquirió la misma. Póngase en contacto con la Asociación para la Infancia de la Región A al 828-586-0661 para obtener más información.

¿Qué tipo de documentos sobre los ingresos se aceptan?

Entregue la siguiente información sobre **cada padre/padrastro/cuidador/tutor que vive en la misma casa que el niño en edad preescolar. NO liste ni incluya a los padres que no viven en el mismo hogar con el niño en edad preescolar. NO incluya ingresos de padres que no viven en el mismo hogar con el niño en edad preescolar.**

- 1) Las dos primeras páginas de la declaración de impuestos de 2022 (1040); **○** los formularios W2 de 2022; **○** los talones de cheques consecutivos recientes de al menos un mes que incluyan el nombre de la persona que recibe el pago, el periodo de pago, el sueldo bruto y neto, incluyendo el pago por horas extra; **○** una declaración escrita con fecha y firma del empleador de la persona en un documento con membrete de la empresa donde se indique con qué frecuencia se paga y el sueldo bruto, incluyendo el pago por horas extra.
- 2) Para las personas que trabajan por cuenta propia, presente el Anexo C junto con las dos primeras páginas de la declaración de impuestos de 2022 (1040). Si no dispone de estos documentos, comuníquese con el coordinador de NC Pre-K en ncprek@rapc.org para solicitar ayuda.
- 3) Comprobantes de ingresos por juegos de azar per cápita/indígena de 2022: talones de cheques **○** el formulario de impuestos 1099 Miscellaneous con el nombre de la persona que recibe el pago; **○** las 2 primeras páginas de la declaración de impuestos de 2022 (1040);
- 4) Documentación sobre los pagos de manutención de todos los hijos menores que viven en el hogar;
- 5) Carta de adjudicación de la pensión alimenticia (adjunte una copia de la orden judicial) **○** las 2 primeras páginas de la declaración de impuestos de 2022 (1040);
- 6) Indemnización laboral (adjunte una copia de la carta de adjudicación **○** las 2 primeras páginas de la declaración de impuestos de 2022 (1040);
- 7) Ingresos por jubilación/prestaciones por incapacidad (adjunte la carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social/el Dept. de Veteranos);
- 8) Una lista de todas las prestaciones por desempleo (incluya las fuentes estatales y federales).

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2023-2024

Nombre y apellidos en letra de molde de la persona que está completando esta solicitud: _____

Marque la casilla que corresponda a su parentesco con el niño:

Los padres El padrastro/la madrastra Otro miembro de la familia (parentesco) _____
Tutor oficial del niño Cuidador oficial del niño Trabajador social del DSS (del condado) _____

Si usted es el tutor o cuidador oficial del niño (aparte de sus padres o padrastros) adjunte los documentos judiciales o la autorización más reciente.

Para poder considerar a su hijo para el programa NC Pre-K, es **NECESARIO COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD**, lo que incluye firmar y fechar. Es necesario adjuntar todos los documentos justificativos que se indican en la **hoja informativa**. Para obtener más información, puede llamarnos al 828-586-0661 o enviar un mensaje a ncprek@rapc.org.

Primer y segundo nombre del niño, apellido: _____ H V

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____ Se DEBE adjuntar una copia del acta de nacimiento o de la cartilla de vacunación

Domicilio del niño: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

¿En qué condado vive el niño? (Circule una opción): Cherokee Clay Graham Haywood Jackson Macon Swain

¿Es el niño residente de Carolina del Norte? Si No ¿Es ciudadano estadounidense el niño? Si No

Origen étnico del niño: (marque una opción): _____ No hispano _____ Hispano

Raza del niño: (marque todas las opciones que apliquen): _____ Indio americano/nativo de Alaska _____ Asiático
_____ Negro/afroamericano _____ Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico _____ Blanco/Europeoamericano

EXÁMENES MÉDICOS Y DENTALES

La solicitud va acompañada de un formulario de examen médico. Por favor, solicite que el proveedor médico de su hijo la complete y preséntela junto con el resto de la documentación en el centro Pre-K.

HISTORIA DEL CUIDADO INFANTIL

Marque la frase que mejor describa su situación actual en cuanto al cuidado infantil:

- _____ Mi hijo nunca ha recibido servicios en ningún centro preescolar o guardería
- _____ Mi hijo no recibe servicios actualmente (esta en casa ahora pero ha asistido a una guardería o algún programa preescolar)
- _____ Mi hijo recibe cuidados no regulados (como una niñera privada o un familiar)
- _____ Mi hijo no recibe un subsidio pero asiste a una guardería o programa preescolar regulado (Head Start)
- _____ Mi hijo recibe un subsidio y asiste a una guardería o programa preescolar regulado

Si su hijo participó en un programa de cuidado infantil cuando tenía tres años, indique el nombre del centro o cuidador: _____

Seguir a la próxima página de la solicitud

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2023-2024

Nombre completo del niño: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS

SÓLO incluya los padres/padrazos/cuidadores/tutores que viven en el mismo hogar que el niño

➔ **Deben presentar la información sobre los ingresos de los padres/padrazos/cuidadores/tutores con esta solicitud. Para saber qué tipos de ingresos cumplen con los requisitos, consulte la hoja informativa que recibió con la presente solicitud.**

PADRE/MADRE #1 Nombre del padre/padrazo/cuidador/tutor: _____

¿Vive esta persona en el mismo hogar que el niño en edad preescolar? Si No (Si la respuesta es "No", no incluya a esta persona en la solicitud). **Incluya SÓLO a los padres/padrazos/cuidadores y tutores que viven en la misma casa que el niño en edad preescolar.**

➔ **SE DEBE RESPONDER A TODAS LAS CASILLAS**

➔ **¿RECIBE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AYUDAS? (Adjunte documentación sobre los ingresos por todas las preguntas a las que responda "Si").**

¿Tiene un empleo esta persona? Si No

¿Tiene un salario regular/ingresos laborales?
Si No

¿Está buscando empleo? Si No

¿Ingresos procedentes de los juegos de azar per cápita/indígena? Si No

¿Recibe ingresos por discapacidad? Si No

¿Recibe pagos de pensión alimenticia?
Si No

¿Está jubilado? Si No

¿Recibe prestaciones de desempleo?
Si No

Asiste a la escuela secundaria/un programa GED Si No

¿Recibe una indemnización laboral?
Si No

¿Asiste a la universidad? Si No

¿Recibe manutención para niños menores que vivan en la misma casa?
Si No

¿Recibe ingresos por jubilación? Si No

¿Recibe ingresos por discapacidad?
Si No

Recibo ingresos de las siguientes fuentes, pero no tengo documentación sobre estos ingresos: Si No

Enumere estas fuentes de ingresos: _____

DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS INEXISTENTES - Complete la siguiente declaración ÚNICAMENTE si no tiene empleo y no tiene ningún tipo de ingresos.

Yo, (escriba su nombre) _____ doy mi verificación que NO tengo empleo y que NO tengo ingresos.

Firma _____ Fecha _____

Seguir a la próxima página de la solicitud

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2023-2024

Nombre completo del niño: _____

➔ **PADRE/MADRE #2 Nombre del padre/padrastro/cuidador/tutor:** _____

¿Vive esta persona en el mismo hogar que el niño en edad preescolar? Si No (Si la respuesta es "No", no incluya a esta persona en la solicitud). **Incluya SÓLO a los padres/padrastros/cuidadores y tutores que viven en la misma casa que el niño en edad preescolar.**

➔ **SE DEBE RESPONDER A TODAS LAS CASILLAS**

➔ **¿RECIBE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AYUDAS? (Adjunte documentación sobre los ingresos por todas las preguntas a las que responda "Si").**

¿Tiene un empleo esta persona? Si No

¿Tiene un salario regular/ingresos laborales? Si No

¿Está buscando empleo? Si No

¿Ingresos procedentes de los juegos de azar per cápita/indígena? Si No

¿Recibe ingresos por discapacidad? Si No

¿Recibe pagos de pensión alimenticia? Si No

¿Está jubilado? Si No

¿Recibe prestaciones de desempleo? Si No

Asiste a la escuela secundaria/un programa GED Si No

¿Recibe una indemnización laboral? Si No

¿Asiste a la universidad? Si No

¿Recibe manutención para niños menores que vivan en la misma casa? Si No

¿Recibe ingresos por jubilación? Si No

¿Recibe ingresos por discapacidad? Si No

Recibo ingresos de las siguientes fuentes, pero no tengo documentación sobre estos ingresos: Si No

Enumere estas fuentes de ingresos: _____

DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS INEXISTENTES - Complete la siguiente declaración ÚNICAMENTE si no tiene empleo y no tiene ningún tipo de ingresos.

Yo, (escriba su nombre) _____ doy mi verificación que NO tengo empleo y que NO tengo ingresos.

Firma _____ Fecha _____

LISTE A TODAS LAS OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR CON EL NIÑO		
NO INCLUYA A PADRES O PERSONAS QUE NO VIVAN EN EL MISMO HOGAR CON EL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR		
NOMBRE	PARENTESCO CON EL NIÑO EN EDAD DE PRE-K/LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____

Seguir a la próxima página de la solicitud

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2023-2024

Nombre completo del niño: _____

Díganos si alguna de estas situaciones puede aplicarse a su hijo o a su familia.

- _____ No tenemos un lugar de residencia nocturna fijo, regular y adecuado (vivimos con un amigo o un familiar, en un motel, un refugio, una tienda de campaña, un edificio abandonado o un automóvil)
- _____ Dominio limitado del inglés (La familia o el niño hablan poco o nada de inglés en casa)
- _____ Hay una necesidad educativa (Necesidad educativa (adjunte copia de la página 1 y 2 del IEP actual O documentación de los resultados obtenidos con un examen de desarrollo reciente que haya sido aprobado para el programa NC Pre-K)
- _____ Una condición de salud crónica (Es necesario presentar una carta del médico)
Describe la condición de salud de su hijo: _____
- _____ Niño de Familia Militar Elegible – Uno de los padres es: miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE.UU. (incluida la Guardia Nacional de Carolina del Norte, el ejército estatal o el componente de reserva de las Fuerzas Armadas) que recibió órdenes de incorporarse al servicio activo en los últimos 18 meses **O** que sufrió una lesión o perdió la vida mientras prestaba servicio activo (adjunte la declaración de licencia y ganancias del miembro militar, O la documentación sobre la discapacidad relacionada con el servicio o su defunción).

FIRMA

Por la presente certifico que toda la información proporcionada anteriormente es exacta a mi leal saber y entender y comprendo que el proporcionar información falsa o inexacta puede descalificar a mi hijo de recibir los servicios.

Nombre del padre/padrastro/cuidador/tutor:

 NOTA: Si el niño se encuentra en un hogar de acogida temporal, el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales debe firmar abajo

FIRME: _____

ESCRIBA SU NOMBRE: _____

PARENTESCO CON EL NIÑO: _____

LA FECHA DE HOY: _____

Revise detenidamente la solicitud y asegúrese de que todas las secciones han sido completadas. Lleve el Informe médico infantil que se adjunta para que lo complete el médico de su hijo. Puede ponerse en contacto con la Asociación para la Infancia de la Región A al 828-586-0661 o por mensaje electrónico ncprek@rapc.org en cualquier momento. ¡Visite nuestra página web www.rapc.org!

Informe Médico del Niño

RAPC 2/2020

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padre/Tutor _____

Dirección del Padre/Tutor _____

A. Historia Médica (el padre/tutor puede completar esta sección)

1. ¿Es el niño alérgico a algo? No ____ Sí ____ Si contestó sí, ¿A qué? _____
2. ¿Recibe el niño cuidado médico? No ____ Sí ____ Si contestó sí, ¿Para qué? _____
3. ¿Está tomando medicamentos? No ____ Sí ____ Si contestó sí, incluya los diagnósticos y los medicamentos: _____
4. ¿Hospitalización u operación previa? No ____ Sí ____ Si contestó sí, ¿cuándo? y ¿para qué? _____
5. ¿Historia de enfermedades previas significativas o enfermedad recurrente? No ____ Sí ____
Diabetes No ____ Sí ____ **Convulsiones** No ____ Sí ____ **Problemas de Corazón** No ____ Sí ____
Asma No ____ Sí ____ Si hay algo más, ¿qué? y ¿cuándo? _____
6. ¿Tiene discapacidad física? No ____ Sí ____ Si contestó sí, favor de describirla: _____
7. ¿Preocupaciones de salud mental o de comportamiento? No ____ Sí ____ Si contestó sí, favor de describirla: _____

~~~~~

**B. Examinación Física: Un médico licenciado, su agente aprobado recientemente por la Junta de Examinadores Médicos de Carolina del Norte (o una junta comparable de otro estado), una Enfermera Practicante licenciada o una Enfermera licenciada de Salud Pública tiene que completar y firmar esta examinación.**

Estatura \_\_\_\_\_ %      Peso \_\_\_\_\_ %  
 Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Dientes \_\_\_\_\_ Garganta \_\_\_\_\_  
 Cuello \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Pecho \_\_\_\_\_ Abd/GU \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_  
 Sistema neurológico \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_  
 Resultados de prueba de TB, si dada: Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_  
 Consulta \_\_\_\_\_

Análisis de desarrollo: Instrumento usado \_\_\_\_\_ Fecha Admin \_\_\_\_\_  
 Retraso \_\_\_\_\_ Apropiado para su edad \_\_\_\_\_ Si hay un retraso, explique el significado y dar consejos para el cuidado o consulta: \_\_\_\_\_  
 ¿Se debe limitar las actividades? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó sí, explique: \_\_\_\_\_

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

**FECHA DE EXAMINACIÓN:** \_\_\_\_\_

Firma de Examinador Autorizado/Título: \_\_\_\_\_

Nombre, Dirección de Agencia o Práctica Médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **REGION A PARTNERSHIP FOR CHILDREN**

*Witness the Miracle...A Nurturing Community...A Loving Family... A Smiling Child*

116 Jackson Street ♦ Sylva, NC 28779 ♦ 828.586.0661

www.rapc.org

## *Programa de NC Pre-K*

### **Consentimiento de padre para los servicios & intercambio de información Año 2023-2024**

Region A Partnership for Children (RAPC) provee fondos y apoyo técnico a las escuelas públicas, centros privados de cuidado de niños y programas de Head Start para ayudar con los costos de aulas de Pre-Kínder. Este programa es conocido como el *Programa de NC Pre-K*. Todas las familias aplicando para un espacio *Programa de NC Pre-K* tienen que completar y entregar los documentos apropiados, incluyendo, pero no limitado a: Una solicitud del *Programa de NC Pre-K*, información aceptable de ingresos, documentación de la fecha de nacimiento del niño, un formulario actual de evaluación de salud de un profesional médico y este formulario de *Consentimiento de padre para los servicios & intercambio de información*.

Este formulario es para documentar el consentimiento del padre/guardián para que los empleados de RAPC puedan compartir información con los funcionarios de los sitios del Programa de NC Pre-K.

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de  
Nombre del padre

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño y fecha de nacimiento

por la presente doy mi consentimiento para que los empleados de Region A Partnership for Children puedan coleccionar todos los documentos necesarios para determinar la elegibilidad para el Programa de NC Pre-K. También doy mi consentimiento para que los empleados dichos puedan comunicarse con los administradores y docentes de las escuelas/centros nombrado abajo y para observar a mi niño en su aula y en el patio de recreo a:

\_\_\_\_\_  
Nombre de sitio(s) del Programa de NC Pre-K

Comprendo que mi consentimiento escrito es válido hasta el 30 de junio del año 2024. Las limitaciones que impongo al intercambio de información son las siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección (PO Box o Calle, Ciudad, Estado, Código postal) Teléfono

