

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

Es posible que tu hijx cumpla los requisitos para participar en el programa Pre-K de Carolina del Norte, disponible a través de algunas escuelas, centros privados y programas de guardería Head Start en el oeste de Carolina del Norte. Completa este formulario y devuélvelo al sitio del que obtuviste la solicitud. Si necesitas ayuda, habla con alguien en el sitio.

1. Completa esta solicitud en su totalidad. Si tu hijx recibe alguno de los servicios indicados en la página 5, ve al Departamento de Servicios Sociales/Departamento de Salud/Autoridad de Vivienda Pública de tu localidad. Devuelve todos los materiales completados, junto con una copia del certificado de nacimiento o registro de vacunas de tu hijx, al programa Pre-K donde obtuviste esta solicitud.
2. Si tu hijx no recibe ninguno de los servicios de la página 5, presenta la siguiente información sobre los ingresos de cada xadre o xadrastru, custodiix y tutorx que viva en el mismo hogar que lx niñx de Pre-K. NO enlistes ni incluyas a xadres que no vivan en el mismo hogar que lx niñx de Pre-K. NO incluyas los ingresos de los xadres que no vivan en el mismo hogar que lx niñx de Pre-K.
 - a) Las dos primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta de 2025 (1040); o formularios W2 para 2025; o un mínimo de un mes de talones de cheques consecutivos recientes que incluyan el nombre de lx beneficiariix, el período de pago, los salarios brutos y netos, incluidas las horas extraordinarias; o una declaración firmada y fechada de lx empleadorx de una persona en papel con membrete de la empresa que indique la frecuencia de pago y los salarios brutos, incluidas las horas extraordinarias.
 - b) Para lxs trabajadorxs por cuenta propia, presentar el Anexo C junto con las dos primeras páginas de la declaración de impuestos de 2025 (1040). Si los impuestos no están disponibles, puedes contactar a lx coordinadorx de NC Pre-K en ncprek@rapc.org para obtener ayuda.
 - c) Documentación per cápita o ingresos del juego tribal de 2025: talones de cheques o formulario fiscal 1099 Miscellaneous con el nombre del beneficiario; o 2 primeras páginas de la declaración de impuestos sobre renta de 2025 (1040);
 - d) Documentación de los pagos de manutención de todxs lxs hijxs menores del hogar;
 - e) Carta de concesión de pensión alimenticia (adjuntar copia de la orden judicial) ☐ 2 primeras páginas de la declaración de impuestos sobre la renta 2025 (1040);
 - f) Indemnización por accidente laboral (adjunta copia de la carta de concesión) ☐ 2 primeras páginas de la declaración de impuestos de 2025 (1040);
 - g) Ingresos por prestaciones de jubilación y discapacidad (adjunta las cartas de concesión de la Administración del Seguro Social o de la Administración de Veteranos);
 - h) Lista de pago de todas las prestaciones de desempleo vigentes (incluidas las prestaciones estatales y federales).

¿Qué es NC Pre-K?

El programa NC Pre-K administrado por la Region A Partnership for Children proporciona a las familias elegibles acceso a servicios de Pre-K de alta calidad a tiempo completo en muchas escuelas, Head Start y guarderías privadas situadas en los siete condados occidentales de Carolina del Norte y en el Qualla Boundary. Las aulas de Pre-k de Carolina del Norte funcionan al menos 6 ½ horas al día durante diez meses. Unx niñx que es aprobadx para NC Pre-K y es asignadx a un aula de NC Pre-K puede recibir servicios de cuidado para el día escolar de NC Pre-K de forma gratuita.

¿Quién puede calificar para NC Pre-K?

Unx niñx cumple los requisitos de edad si ha cumplido cuatro años al 31 de agosto del año del programa o antes, pero aún no ha cumplido los cinco años. Una familia es elegible si cumple las directrices sobre ingresos. Una familia puede estar por encima de las directrices de ingresos y aún calificar para la ayuda de NC Pre-K si uno de las siguientes aplican: la familia no tiene hogar; habla un idioma distinto al Inglés en el hogar; es una familia militar elegible; o lx niñx exhibe una necesidad educativa, tiene un Plan de Educación Individualizada o condición de salud crónica. Se requiere más documentación para verificar tales circunstancias. Todas las familias que inscriban a unx niñx en una clase de NC Pre-K deberán completar y presentar el paquete de solicitud.

Contactar a Region A Partnership for Children en

www.rapc.org

116 Jackson Street, Sylva, NC 28779

Teléfono 828-586-0661, ext. 1040

ncprek@rapc.org

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2026-2027

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 2026-2027

Nombre completo del niño: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS

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

➡ Deben presentar la información sobre los ingresos de los padres/padrastrós/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/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/padrastrós/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 2026-2027

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/padrazos/cuidadores y tutores que viven en la misma casa que el niño en edad preescolar.

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

¿Tiene un empleo esta persona? Si ☐ No ☐

¿Está buscando empleo? Si ☐ No ☐

¿Recibe ingresos por discapacidad? Si ☐ No ☐

¿Está jubilado? Si ☐ No ☐

Asiste a la escuela secundaria/un programa GED Si ☐ No ☐

¿Asiste a la universidad? Si ☐ No ☐

¿Recibe ingresos por jubilación? Si ☐ No ☐

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

¿Tiene un salario regular/ingresos laborales?

Si ☐ No ☐

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

¿Recibe pagos de pensión alimenticia?

Si ☐ No ☐

¿Recibe prestaciones de desempleo?

Si ☐ No ☐

¿Recibe una indemnización laboral?

Si ☐ No ☐

¿Recibe manutención para niños menores que vivan en la misma casa?

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 2026-2027

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!

Solicitud Infantil para el Programa NC Pre-K para 2026-2027
Region A Partnership for Children

Hoja informativa sobre los requisitos para participar en el programa
NC Pre-K Año escolar 2026-2027

- 1) MARCAR LAS FORMAS DE AYUDA QUE RECIBE TU HIJX/HOGAR.
2) LLEVA ESTE FORMULARIO a una agencia que proporcione una de las formas de asistencia pública que marcaste. Pide a un representante de la agencia que llene, firme y feche este formulario, para verificar que tu hijx u hogar recibe esta ayuda.

Fecha _____

Nombre completo de lx niñx _____

Fecha de nacimiento de lx niñx _____

Tipo de servicios elegibles (marcar todos los que apliquen):

- _____ Personas sin hogar
_____ Recibir servicios para refugiadx
_____ WIC
_____ Medicaid
_____ Vivienda pública
_____ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
_____ Cuidado adoptivo familiar
_____ Servicios de Alimentación y Nutrición y SNAP
_____ TANF/Workforce
_____ Otros

Nombre escrito de la persona que verifica los servicios: _____

Firma de la persona que verifica los servicios: _____

Números de teléfono de contacto: _____

Nombre de la Agencia: _____

Fecha: _____

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. Examen Físico: 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: \_\_\_\_\_