



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

### 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 xadrastra, custodix 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 beneficiarix, 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](mailto: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](http://www.rapc.org)

116 Jackson Street, Sylva, NC 28779

Teléfono 828-586-0661, ext. 1040

[ncprek@rapc.org](mailto: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](mailto: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/padrastrlos/cuidadores/tutores que viven en el mismo hogar que el niño**

**Deben presentar la información sobre los ingresos de los padres/padrastrlos/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 parent/padrastrlo/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/padrastrlos/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 viven 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 \_\_\_\_\_

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 parent/padastros/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/padastros/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

**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 \_\_\_\_\_

### LISTA 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)  
Describa 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 parent/guardián/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](mailto:ncprek@rapc.org) en cualquier momento. ¡Visite nuestra página web [www.rapc.org](http://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 refugiadxs
- 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: \_\_\_\_\_

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

## 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: \_\_\_\_\_