



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND
HUMAN SERVICES
Division of Child Development
and Early Education



Información de los Servicios para el Pre-Kínder 2025-2026

¿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 2025 para ser considerado para el próximo año escolar 2025-2026;
- 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.

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, 4 talones de pago consecutivos, Manutención de Menores, Seguro Social, jubilación, discapacidad, Compensación al Trabajador, Asistencia Pública/Beneficios Work First, o pagos de servicio en el Ejército). **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.

Sitio	Dirección	Teléfono	Director/Directora
Danbury Head Start	1070 Hospice Dr, Danbury, 27016	336-593-8113	Rhonda Wrenn
King Elementary	152 East School St, King, 27021	336-983-5824	Daniel Bryant
London Head Start	609 School St, Walnut Cove, 27052	336-591-7340	Rhonda Wrenn
Mt. Olive Head Start	2145 Chestnut Grove Rd, King, 27021	336-367-4993	Rhonda Wrenn
New Life Center*	415 Summit St, Walnut Cove, 27052	336-591-3109	Nann Phillips
Pinnacle Elementary	1095 Surry Line Rd, Pinnacle, 27043	336-368-2990	Susan Sprinkle
Poplar Springs Elementary	223 Hobe Kiser Rd, King, 27021	336-983-3882	Jeff Boyles
Sandy Ridge Head Start	1308 Amostown Rd, Sandy Ridge, 27046	336-871-2551	Rhonda Wrenn
Walnut Cove Elementary	1211 Walnut Cove Rd, Walnut Cove 27046	336-591-4408	Katherine Thrower

No se ofrece transporte en ninguna ubicación de Pre-K
Atención Extendida (Extended Care) ofrecida únicamente a "New Life Center" (disponibilidad limitada)

Nombre del Niño

Primer Nombre / Segundo Nombre / Apellido

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

1a

2a

3a

Fecha de Nacimiento *

Mes Día Año

Edad *

¿Si el niño(a) no tiene 4 años de edad, cumplirá 4 años en o antes del 31 de agosto? *

Sí

No

Sexo *

Varón

Hembra

Dirección del Niño(a) *

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección Postal (Si es diferente a la dirección indicada arriba)

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Idioma Principal del Niño(a) *

¿En qué idioma quiere que se haga la evaluación? *

Raza (marque todo lo que corresponda) *

Nativo Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Americano Blanco o Europeo

Americano

Negro u Afro

Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

Hispano/Latino

¿Con quién vive el niño(a)? *

Madre y Padre

Padre Soltero

50/50 Custodia Compartida

Adoptivos Temporales

Otro

Madre Soltera

Padre/Madre y

Madrastra/Padrastro (casado legalmente)

Abuelo(s) Padres

Guardián Legal

¿Su familia tiene actualmente una situación de vivienda estable? *

Sí

No

Otro

Nombre de la Madre/Madrastra/Guardián *

Primer Nombre Apellido

Vive con el niño(a) *

Sí No

Información del Contacto

Número Teléfono

Teléfono Celular

Teléfono del Hogar

Teléfono del Trabajo

Nombre del Padre/Padrastra/Guardián

Primer Nombre Apellido

Vive con el niño(a)

Sí No

Información del Contacto

Número Teléfono

Teléfono Celular

Teléfono del Hogar

Teléfono del Trabajo

Correo electrónico *

example@example.com

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

Por favor enumere los nombres de TODOS los miembros de la familia que viven en el hogar

	Primer Nombre	Segundo Nombre / Apellido	Relación con el Niño de Pre-Kínder	Fecha de Nacimiento	A que escuela asiste el hermano?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

¿Están empleados o matriculados en alguna escuela los padres de esta familia?

Madre/Madrastra/Guardián **Nombre del Empleador** **Nombre de la Escuela**
SÍ No

Trabajando

Buscando trabajo

En la Escuela

Horario de trabajo

Tiempo Completo

Medio Tiempo

Padre/Padrastro/Guardián **Nombre del Empleador** **Nombre de la Escuela**
SÍ No

Trabajando

Buscando trabajo

En la Escuela

Horario de trabajo

Tiempo Completo

Medio Tiempo

Por favor seleccione el nivel más alto de educación completado

Madre *

Seleccione

Padre

Seleccione

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

\$ Frecuencia

Ingreso Ganado

Asistencia Pública/Work First

Seguro Social/SSA/SSI

Beneficios de
Desempleo/Compensación para
los Trabajadores

Pensión Alimenticia

Otro

Ingreso del Padre/Padrastro/Guardián

\$ Frecuencia

Ingreso Ganado

Asistencia Pública/Work First

Seguro Social/SSA/SSI

Beneficios de
Desempleo/Compensación para
los Trabajadores

Pensión Alimenticia

Otro

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/Me
nsual**

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 *

Nombre

Apellido

Mes

Día

Año

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? *

Sí

No

Si está actualmente inscrito, ¿cuál es el nombre del programa?

¿Está recibiendo su hijo(a) un subsidio la guardería? *

Sí

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

Indique quién provee esos servicios

Habla

Terapia Física

Servicios Educativos

Salud Mental

Terapia Ocupacional

Discapacidad identificada

Discapacidad Identificada - Por favor especifique

¿Cómo 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 comprometo 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/Guardián *

Fecha *

Nombre

Apellido

Mes

Día

Año