



# POR FAVOR REVISAS!

**Antes de entregar la aplicación, por favor revisa esta caja:**

Su aplicación debe incluir los siguiente para considerarse completa:

\_\_\_ **Certificado de nacimiento** (o copia de registro de las vacunas)

\_\_\_ **Comprobante de domicilio** (estado de cuenta de hipoteca, factura de servicios públicos)

★ *Si no existe ninguna prueba de residencia, podemos aceptar una carta de la persona con quien usted está viviendo.*

\_\_\_ **Verificación 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).**

*Una vez que un niño(a) es aceptado en el programa se debe someter lo siguiente:*

\_\_\_ **Evaluación de salud completada**, incluyendo evaluaciones dentales, de la vista y del oído, por el médico dentro de 30 días de la inscripción (el formulario está adjunto)

**APLICACIONES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS A USTED!**



Rockingham County  
Partnership for Children



NC Pre-Kindergarten **no**  
**ofrecemos** servicio de transporte.

Los padres son responsables de  
llevar y traer su hijo(a) de la  
escuela.

## ¿Qué sigue?

Cuando NCPK reciba su aplicación, usted sera notificado por correo si su hijo(a) es elegible.

**Elegibilidad no garantiza un lugar en un salón de clase.**

Le avisaremos si o cuando su hijo(a) sea colocado en un salón de clase. (***ver el revés para sitios de salones de clases***)

## Año escolar &

### Horario de operación

La programa de NCPK program sigue horario de las escuelas de Rockingham County, con unos días adicionales de laborables de maestros. Los niños de NCPK asisten todo el día (aproximadamente 6.5 horas).

**\*\* Por favor, póngase en contacto con nosotros, si hay cambios en su número de teléfono o dirección después de aplicar. NCPK no es responsable de colocar a los niños si la familia no puede ser contactada.\*\***

**ENVIAR APLICACIÓN POR CORREO A :**

RCPC  
PO BOX 325  
WENTWORTH NC 27375

Adina Tompkins –  
Coordinadora  
336-342-9676  
adinat@rockinghamkids.org

**Los sitios de NC Pre-Kindergarten**  
**2018-2019**

**Bethany Elementary**  
271 Bethany Rd  
Reidsville NC 27320  
951-2710

**Lincoln Elementary**  
2660 Oregon Hill Rd  
Ruffin NC 27326  
348-2929

**South End Elementary**  
1307 S Park Dr  
Reidsville NC 27320  
349-6085

**\*Carol's Care CDC**  
2209 Olive Dr.  
Reidsville NC 27320  
336-394-4663

**\*Little Angels CDC**  
1815 Barnes St  
Reidsville NC 27320  
342-2080

**Stoneville Elementary**  
PO Box 7  
Stoneville NC 27048  
445-1999

**Douglass Elementary**  
1130 Center Church Rd  
Eden NC 27288  
623-6521

**\*Little Kings & Queens**  
1470 Wolf Island Rd  
Reidsville NC 27320  
342-4349

**Wentworth Elementary**  
8806 NC Hwy 87  
Reidsville NC 27320  
634-3250

**Draper Elementary**  
1719 E Stadium Dr  
Eden NC 27288  
635-6541

**Little Hands Preschool  
Academy**  
337 W Stadium Dr  
Eden NC 27288  
627-7636

**Williamsburg Elem.**  
2830 NC Hwy 87  
Reidsville NC 27320  
349-4632

**Huntsville Elementary**  
2020 Sardis Church Rd  
Madison NC 27025  
427-3266

**Monroeton Elementary**  
8081 NC Hwy 158  
Reidsville NC 27320  
634-3280

**Western Rockingham  
Early Childhood Ctr**  
915 NW Ayersville Rd  
Madison NC 27025  
548-2460

**Leaksville-Spray  
Elementary**  
415 Highland Dr  
Eden NC 27288  
627-7068

**Reidsville High School Early  
Childhood Ctr**  
1901 S Park Dr  
Reidsville NC 27320  
616-0263

*\*el sitio puede ofrecer  
servicios de guardería  
antes y después de la  
escuela*

## Cuál salón de clase de NC Pre-Kindergarten prefiere?

1<sup>st</sup> opción: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> opción: \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> opción: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  niño  niña

¿Tendrá su hijo(a) 4 años antes del 31 de agosto?  Sí  No

¿Qué idioma se habla más en su hogar? \_\_\_\_\_

¿En qué idioma quiere que se haga la evaluación? \_\_\_\_\_

Dirección del Niño(a): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

**(IMPORTANTE: ADJUNTAR VERIFICACIÓN)**

¿Es su hijo(a) ciudadano americano?  Sí  No

*(esta pregunta no se usa para determinar la elegibilidad)*

¿Es su hijo(a) hispano?  Yes  No

¿Es su hijo(a) residente de Carolina del Norte?  Sí  No

**Raza: Seleccione las que aplican :Indio Americano/  
 Nativo de Alaska Asiático/ Negro o Afro Americano/  
 Nativo de Hawái o /Otras Islas del Pacífico**

¿En que país vives? \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

¿Con quién reside el niño(a)? (Circule Cual Aplica)

Madre y Padre  Madre Soltera  Padre Soltero  Padre/Madre y Madrastra/Padrastro  Abuelo(s)

50/50 Custodia Compartida  Padres Adoptivos Temporales  Guardián Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Madrastra/Guardián: \_\_\_\_\_ Vive con el niño(a)?  Sí  No

Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Padrastro/Guardián: \_\_\_\_\_ Vive con el niño(a)?  Sí  No

Teléfono del Hogar/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_


Email : \_\_\_\_\_

¿Tamaño de la familia del niño(a) incluyendo el niño(a) de Pre-Kínder? \_\_\_\_\_

Por favor enumere los nombres de TODOS los miembros de la familia que viven en el hogar.	Relación con el Niño de PreKínder	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

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

Incluyendo a persona encargada del niño(a). (Si no hay ingresos, llene "no declaración de ingresos" a continuación!)

 ¿Es el cuidador principal un miembro activo en el servicio militar de los Estados Unidos?  
¿Ha estado seriamente lesionado o ha muerto uno de los padres mientras está activo en servicio militar?  Sí  No

Trabajo a tiempo completo / parcial     Buscando trabajo     En la escuela (escuela secundaria o universidad)  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre de escuela: \_\_\_\_\_


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: (please list)	\$ _____	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"/>

### Desempleado / Sin Declaración de Ingresos

*(Madre / Madrastra / Guardián en el hogar completo SOLAMENTE si usted no está recibiendo NINGÚN INGRESO!)*

Yo, \_\_\_\_\_ verifico que NO ESTOY EMPLEADO y no reciba NINGÚN INGRESO.  
inicial: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ (La falsificación en cualquier parte de este formulario puede perder el espacio de su hijo en el programa)

## Ingreso del Padre/Padrastro/ Guardián -INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO:

 ¿Es el cuidador/Secundario un miembro activo en el servicio militar de los Estados Unidos?  
¿Ha estado seriament lesionado o ha muerto uno de los padres mientras está activo en servicio militar?  Sí  No

Trabajo a tiempo completo / parcial     Buscando trabajo     En la escuela (escuela secundaria o universidad)  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

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: (please list)	\$ _____	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"/>

### Desempleado / Sin Declaración de Ingresos

*(Padre / Padrastro / Guardián en el hogar completo SOLAMENTE si usted no está recibiendo NINGÚN INGRESO!)*

Yo, \_\_\_\_\_ verifico que NO ESTOY EMPLEADO y no reciba NINGÚN INGRESO.  
inicial: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ (La falsificación en cualquier parte de este formulario puede perder el espacio de su hijo en el programa)

El nombre del niño(a):

### INFORMACIÓN DE LA GUARDERÍA DEL NIÑO(A)

¿Está su hijo(a) en cuidado de niño?  Sí  No

→ ¿Si está, dónde? \_\_\_\_\_

→ ¿Si no, alguna vez su hijo(a) ha estado en cuidado de niño?

Sí  No

¿Recibe subsidio para el costo del cuidado del niño(a)?

Sí  No

Con respecto al subsidio, es usted:

**ELEGIBLE / INELEGIBLE / EN LISTA / INSEGURO**

¿Su hijo actualmente está en las Escuelas del Condado de Rockingham?  Sí  No

→ ¿Si afirmativo, dónde?: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo / a actualmente en Rockingham County Head Start?  Sí  No

→ ¿Si afirmativo, dónde?: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD HEALTH

1. ¿Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con una necesidad especial?  Sí  No

2. ¿Su hijo(a) ha sido examinado por las Escuelas del Condado de Rockingham?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿hay alguna preocupación?  Sí  No

Por favor especifica: \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo(a) / a recibido servicios / terapia para alguna necesidad? (Ejemplo: terapia del habla)  Sí  No

→ ¿Si afirmativo, dónde? \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda**  habla  terapia física  servicios educativos  salud mental

Mi hijo tiene una discapacidad identificada: \_\_\_\_\_

*Por favor indica*

Otro: \_\_\_\_\_

4. Si su hijo tiene un IEP, ¿se puede compartir información con el Coordinador de prekindergarten de Carolina del Norte del Condado de Rockingham?  Sí  No

5. ¿Su hijo tiene alguna preocupación crónica de salud?  Sí  No

(Ejemplo: célula falciforme, asma, diabetes, etc.) **Que Condición?** \_\_\_\_\_

6. ¿Quiere decirnos algo más sobre la salud o la educación de su hijo(a) ? \_\_\_\_\_

7. ¿Hay alguien más con quien podamos hablar acerca de su hijo y / o su aplicación?  Sí  No

Si afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

## PÁGINA DE FIRMA Y VERIFICACIONES

**Por favor lea cuidadosamente, ponga su inicial en cada línea, firme y feche.**

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que mi niño(a) reciba evaluaciones auditivas, visuales, dentales y/o de habla/lenguaje mientras acuda a el programa de NC Pre-Kindergarten.

\_\_\_\_\_ Le doy a NC Pre-Kindergarten permiso para tomar fotos de mi niño(a) para propósitos publicitarios.

Yo certifico que la información anterior es correcta y que las fuentes de ingreso han sido reportadas. Entiendo que esta información es con el fin de recibir fondos estatales. Los oficiales de NC Pre-Kindergarten pueden verificar la información de esta aplicación. Falsificación en cualquier parte de este formulario puede eliminar el espacio de su niño en el programa. La información en este formulario puede ser usado para determinar la elegibilidad para el programa de NC Pre-Kindergarten. Entiendo que estoy proporcionando información para que mi niño(a) sea considerado para el programa de NC Pre-Kindergarten administrado por Rockingham County Partnership for Children. Yo entiendo que si mi niño(a) es seleccionado para participar en el programa de NC Pre-Kindergarten, la participación de la familia va a ser crítico para el éxito de mi niño. Yo/Nosotros nos comprometemos a participar como requiere el sitio de NC Pre-Kindergarten. Yo entiendo que si mi niño(a) recibe el espacio en el programa de NC Pre-Kindergarten, me van a requerir proveer la tarjeta con las vacunas registradas y el reporte de la evaluación acerca de la salud del niño completado por un doctor. El reporte de evaluación de la salud del niño es un formulario verde del físico proporcionado por Rockingham County Partnership for Children.

YO CERTIFICO QUE SOY EL PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO POR EL CUAL HA SIDO HECHA ESTA APLICACIÓN.

\_\_\_\_\_

Persona (Cuidador) Principal (Requerida)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Persona (Cuidador) Secundaria (si está disponible)

\_\_\_\_\_

Fecha

**La solicitud no está completa hasta que se presente toda la documentación (Ver portada)**

**LA SOLICITUD SERÁ PROCESADA UNA VEZ QUE RECIBE UNA DE LAS SELECCIONES REQUERIDA:**

**O Certificado de nacimiento** (o copia de registro de las vacunas)

**O Comprobante de domicilio**(estado de cuenta de hipoteca,  
factura de servicios públicos)

**O Verificación de Ingresos**(un mes de talones de pago para todos  
los adultos que trabajan en el hogar/formulario W2,  
carta de adjudicación de ECS/SSI)