



Querido Padres/Guardianes:

Vamos a aceptar aplicaciones pre-escolares del año escolar de 2024-2025 comenzando:

1 de junio de 2024: Three-School (Niño deben tener 3 años por el 31 de agosto de 2024)

1 de enero de 2024: NC Pre-K (Niño deben tener 4 años por el 31 de agosto de 2024)

NO SE ACEPTAN APLICACIONES INCOMPLETAS. SI USTED COMPLETA UNA APLICACION POR EL 15 DE JULIO DE 2024 TE ENVIAMOS UNA CARTA POR EL CORREO POR EL 20 DE AGOSTO DE 2024.

Usted debe a proveer lo siguiente artículos cuando regresando la aplicación de su niño:

- Aplicación pre-escolar, Forma Verificando Ingreso, y Derechos y Responsabilidades deben estar completado y firmado.
- Acta de nacimiento del niño
- Un mes completo de talones de cheques más reciente, W-2, 2023 declaración de impuestos, o de su empleador
- Verificación de los siguientes beneficios recibidos:
 - a. Asistencia Publica TANF/WFFA
 - b. Sustento de /Menores/Pensión Alimenticia
 - c. Seguridad de Ingreso
 - d. Compensación de Desempleo
 - e. Beneficios de Veteranos
- Verificación de guardián (si aplicable)
- Solicitantes de Three-School:** Si usted está matriculado en colegio, escuela Secundaria/Programa de GED tienes que traer una copia de so horario de escuela. **Nosotros no podemos aceptar declaración de impuestos para este programa.**

***NC Pre-K y Three-School NO ES el primero que llega, el primero de servir. La determinación de la elegibilidad del niño no garantiza la colocación en los Programas de Pre-K. La ubicación está determinada por la disponibilidad de fondos y otros factores determinantes.**

*Tenga en cuenta que es posible que se requiera documentación adicional en la orientación del sitio

Regresa la aplicación completa a:

Partnership for Children of Lenoir and Greene Counties
1465 Hwy 258 North o 201 Dobbs Street
Kinston, NC 28504 Snow Hill, NC 28580

USTED PUEDE ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO LA APLICACION Y TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS A: prek@lgpfc.org

Para asistencia en completando esta aplicación, o si usted tiene cualquier pregunta por favor a contactar a nuestra oficina a (252) 939-1200 extensión 227.

Gracias,

Empleados de la Programa Pre-Escolar

APLICACION PRE-ESCOLAR 2024-2025

Nombre de Niño/Solicitante: Primer Nombre Segundo Apellido Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Sexo: Masculino Femenino

¿Este niño es Hispano, Latino o de origen español? No, no es Hispano, Latino, o de origen español Sí: ¿De qué origen?

¿Qué raza usted considera su niño es? Nativo Americano o de Alaska (Indígena) Negro o Afroamericano Blanco o Europea americano Asiático(favor de especificar): Hawaiano o de otra Isla del Pacifico:

Es Niño: ¿Cuidando de EE. UU? Si No Es Niño: ¿Un Residente de Carolina de Norte? Si No Residencia de Condado:

Por favor a indicar la situación de domicilió de su familia: Permanente Programa de viviendo transicional Albergue Hotel/Motel Hospital Falta un domicilio de noche

Domicilio Residencial: Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: (Si es diferente del Domicilio Residencial) Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (Número Primario): (Número Celular): (Correo Electrónico): (Número Alternativo):

Información de Transportación: El Padre lo Transporta Se Necesita Transportación (Transportación no esta disponible en toda el área)

¿Habla este niño Ingles? Sí No muy bueno o Nada; Lenguaje Primaria en la Casa:

¿Tiene su niño una condición crónica de salud que requiere el cuidado del doctor? No Sí: Por favor a listar

¿Tiene su niño una Programa Educativo Individualizado (IEP)? No: Este niño no tiene un IEP Sí: Este niño tiene un IEP (copia requerida)

¿Es niño un dependiente militar? No Sí (verificación requerida)

¿Ha estado o corrientemente esta su niño(a) en una guardería, Head Start, o otra programa escolar? No: Este niño nunca ha asistido o ninguno guardería o programa pre-escolar. Sí: Ultimo/corriente centro atendido Fecha de Servicio: desde hasta

¿Este niño esta recibiendo subsidio por DSS? Sí No Esta Corrientemente en la Lista de Espera

Nino vive con: Madre solamente Padre solamente Los dos Padres Guardián Legal (verificación requerido) Otro

Información de Madre/Madrastra/Guardián: Madre Madrastra Guardián Legal, relación al niño Nombre: Estado Marital: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

Empleado: Lugar de Empleo: Número de Trabajo:

Desempleado, y: Buscando Trabajo No Esta Buscando Trabajo Matriculado en Escuela: Adonde:

Programa matriculado en: GED/HS AAS BA/BS MA/MS ESL/ABE Entrenamiento de Trabajo

Ultimo Grado Completado (marque con un circulo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

Información de Padre/Padrastro/Guardián: Padre Padrastro Guardián Legal, relación al niño

Nombre: Estado Marital: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Empleado: Lugar de Empleo: Número de Trabajo:

Desempleado, y: Buscando Trabajo No Esta Buscando Trabajo Matriculado en Escuela: Adonde:

Programa matriculado en: GED/HS AAS BA/BS MA/MS ESL/ABE Entrenamiento de Trabajo

Ultimo Grado Completado (marque con un circulo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

Reconocimiento de Padre/Guarda: entiendo que presentando esta aplicación de inscripción que mi niño será evaluado para todos los programas preescolares incluso, Family Literacy, la Programa Preescolar de NC Pre-K, Three-School, Title 1, y Head Start. Entiendo que la información compilada en esta aplicación debe asegurar la colocación más apropiada para la educación preescolar de mi niño. Por este medio concedo el permiso y autorizo a cualquier empleador, el Departamento de Servicios Social, o Centro de Cuidado de los Niños para revelar la información necesaria para determinar la elegibilidad para la ayuda a cualquiera de los mencionados programas preescolares. Este incluye todos los ingresos y la verificación de inscripción de cualquier programa preescolar/guardería. Entiendo que los programas preescolares deben verificar toda la información acerca de mi elegibilidad y doy mi permiso para ellos para ponerme en contacto con alguien teniendo tales archivos o información. Por este medio autorizo la liberación de alguno y toda la información o informes que pertenecen a la historia de mi niño de alguno estados mentales o físicos por cualquier hospital, agencias, instituciones, médicos, psicólogo y otras personas entendidas a los programas preescolares. CERTIFICO QUE YO SOY EL PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO PARA QUIEN ESTA APLICACIÓN ESTÁ SIENDO HECHA Y QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA APLICACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma de Padre/Guardián: Fecha Firmado:



2024-2025 Forma Verificando Ingreso

Nombre de Niño/Solicitante: _____

Sección I. Información de Miembros del Hogar (Apunte todos los miembros que viven en la casa):

Primer Nombre	Apellido	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento	¿Esta persona esta recibiendo ingreso listado en Sección III?	PFC USE Member of Income Unit
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Income Unit/Family Size:					_____

Sección II.

¿Tiene más de un millón de dólares en activo? Sí No

Sección III. Ingreso del Hogar Recibido

(Completa la tabla abajo para todos los miembros de la Familia viviendo en su casa. Usted tiene que proveer verificación del ingreso recibido.)

Ingreso			Nombre de la Persona Recibiendo	Frecuencia de Pago	Total Bruto	Annual Gross Amount	
Sí	No	Tipo (Verificación necesitada)	(Madre, Padre, Padrastro, Guardián, Niño, Hermano, Otro)	(Semanal, Quincenal, Mensual, Bi-mensual)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleo (talones de cheques más reciente, declaración del empleador, declaración de impuestos)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auto-empleo (contacte el PFC para la verificación necesitada)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación de Desempleo (los ultimo 6 meses imprimido)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de Seguro Social (imprimido)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (imprimido)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios para Veteranos (imprimido)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia Publica (TANF/WFFA) (imprimido)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia/Manutención de hijos (los ultimo 12 meses imprimido) <input type="checkbox"/> corrientemente no lo recibió					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sustento para menores pagado (los ultimo 12 meses)				()	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuestra familia no ha recibido beneficios ni ingresos durante los últimos 12 meses inclusive pero no limitado a ingresos ganados más de varios meses, el empleo regular por una agencia de la ocupación temporaria, la manutención de hijos, los pagos de pensión, los ingresos de seguridad social y/o la compensación de trabajador.					\$0.00
Total Countable Income:							

Reconocimiento de Padre/Guardián: Yo doy permiso y autorizo cualquier empleador, Departamento de Servicios Social, o otro recurso económico a revelar información para determinar elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que el Partnership for Children of Lenoir and Greene Counties tiene que verificar toda la información acerca de elegibilidad y le doy a ellos permiso para contactar cualquier persona que tiene eso documentos o información. CERTIFICO QUE YO SOY EL PADRE/GUARDIAN DEL NIÑO PARA QUIEN ESTA APLICACIÓN ESTÁ SIENDO HECHA Y QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA APLICACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____



2024-2025 Derechos y Responsabilidades (Consentimiento Paternal)

1. Como participante en el Programa NC Pre-Kindergarten/Three-School del Condado de Lenoir/Greene, más adelante referido como el Programa, yo consiento para que mi niño recibe exanimaciones en las siguientes áreas: visión, oído, dental, y/o desarrollo. Si es determinado que mi niño necesita más evaluaciones más adelante a resultado del examen, yo voy a estar contactado en que los recursos apropiados para mi niño puede estar hecho.
2. Comprendo que una evaluación de la salud para mi niño es requerida a estar en el archivo en sitio del aula del Programa dentro de 30 días después de que mi niño entre el Programa, deba haber sido realizado dentro de 12 meses de la entrada de Programa, y incluir visión, oído, y dental. Yo estoy de acuerdo en proporcionar el aula con la forma completada de Evaluación de Salud. Comprendo que si la evaluación no está en el archivo en el sitio de Programa dentro de 30 días de calendario de la entrada de Programa que mi niño perderá su ocupó en el Programa y el ocupó será llenada por otro niño elegible a menos que haya notificado el Partnership for Children (PFC) de circunstancias atenuantes y tengo aprobación del Director del Programa de PFC para quedarse matriculado.
3. Comprendo que participación paternal es crítica al éxito de mi niño. Mientras mi niño toma parte en el Programa que concuerdo en ser implicado con mi niño hasta el punto posible y esto puede incluir pero no es limitado a: conferencias de padre/maestro, la educación de padre, visitas de aula, la participación en la toma de decisiones para mi niño, y/o las oportunidades fuera del día lectivo regular. La participación del padre puede incluir visitas hechas a mi hogar por el maestro de mi niño antes que y durante el año de Programa para compartir información conmigo y mi niño y para observar a mi niño en su propio hogar. Yo también comprendo que debo completar orientación con el sitio de aula que mi niño es asignado para asistir.
4. Comprendo que yo no puedo ser cargado para ningún servicio entregado a mi niño dentro del día del Programa. Esto incluye pero no es limitado a meriendas, los materiales, y/o los viajes de estudio. Comprendo que soy responsable de cualquier carga asociada con cualquier cuidado para mi niño recibido antes de y/o después del día de Programa o durante día laborable de maestro, feriados, o el verano. Comprendo que los sitios de Programa deben proporcionar el desayuno y/o las meriendas y el almuerzo que encuentra requisitos de USDA durante el día regular de Programa. Los honorarios pueden ser cargados para cubrir los costos lleno/parciales de comidas cuando niños no califican para el almuerzo gratis/reducido ni si mi niño es transportado desde o hacia el sitio de Programa.
5. Comprendo que participación en el Programa es voluntaria y que puedo sacar a mi niño del Programa en cualquier momento durante el año del Programa. Yo también comprendo que es importante para mi niño asistir con regularidad. Concuerdo que mi niño asistirá por lo menos la mayoría de los días de asistencia de cada mes o mi niño puede pedir su ocupó en el Programa a menos que haya notificado el PFC de circunstancias atenuantes y tengo aprobación del Director del Programa de PFC para quedarse matriculado. Si mi niño está ausente que contactaré el sitio de Programa para permitir que el maestro de mi niño sepa cuando mi niño regresará. Yo también comprendo que mi niño debe asistir la mayoría del día de Programa para ser contado presente y yo debo adherir a las políticas asistencia/tardíos que el sitio de Programa puede imponer.
6. Yo entiendo de que cualquier foto tomada de mi niño puede estar usado en el periódico, pantalla, o tablero de boletín o sitios de Web, medios de comunicación social, o en otros sitios de publicaciones educativos.
7. Yo entiendo que si la situación de mi niño cambia en cualquier manera (incluyendo cambio de dirección y numero de teléfono y empleo) que yo voy a notificar al Programa dentro de cinco días del cambio.

En firmando esta forma yo estoy certificando que yo soy el padre/guardián legal del niño listado en esta forma y yo entiendo que voy a respetar los derechos y responsabilidades listados arriba o mi niño puede perder su ocupó en la Programa.

Firma _____

Fecha _____

¿Cuál es tu sitio de preferencia? Yo quiero ser considerado para cualquier sitio disponible
(Preferencia es solamente una consideración. No te guantería un ocupó a su sitio preferido y las ubicaciones del sitio están sujetas a cambios debido de fondos).

Mi preferencia es:

1: _____ 2: _____ 3: _____

Salas de Clase de 2024-2025:

NC Pre-K: Banks Elementary, Contentnea-Savannah K-8, Deep Run Child Care, Greene County Pre-K Center, La Grange Elementary, Northeast Elementary, Pink Hill Elementary, Southeast Elementary, o Southwood Elementary*

*Southwood Elementary es una sala de clase potencial para el año escolar 2024-2025 de NC Pre-K. Por favor indique como opción si desea que su niño sea considerado para esta escuela.

Three-School: Deep Run Child Care Center, Greene County Pre-K Center, Southeast Elementary*

*NC Pre-K y Three-School no es el primero que llega, el primero de servir. La determinación de la elegibilidad del niño no garantiza la colocación en los Programas de Pre-K. La ubicación está determinada por la disponibilidad de fondos y otros factores determinantes.