



Solicitud para NC Pre-Kindergarten del Condado de Randolph/Head Start de 4 Años 2025-2026

Este programa está diseñado para servir a familias en el área del condado de Randolph que tienen niños en edad preescolar y que de otro modo no tendrían acceso a un programa de preescolar de calidad. Nuestra esperanza es que los niños del condado de Randolph ingresen al jardín de infantes mejor equipados con las herramientas que necesitan para tener éxito. Si cree que cumple con alguno de los siguientes criterios de elegibilidad, complete una solicitud en línea en randolphkids.org o visite la oficina de Partnership en 349 Sunset Ave en Asheboro para completar una en persona.

Criterios de elegibilidad:

- El niño/niña cumplirá 4 años antes del 31 de agosto
- Ingreso bruto del hogar igual o inferior al 75% del ingreso medio estatal para NCPK.
- Ingreso bruto del hogar igual o inferior al nivel federal de pobreza para Head Start
- Recibir cualquiera de los siguientes: WIC, Vivienda Pública, TANF/WorkFirst, Medicaid, SSI, Cupones para Alimentos o beneficios SNAP.
- Padre fallecido mientras estaba en servicio militar activo o que ha sido llamado a servir dentro de los últimos 18 meses o los próximos
- El niño/niña tiene un IEP (Plan de Educación Individualizada) activo o está recibiendo servicios por una necesidad especial o discapacidad.

¡Asegúrese de enviar TODOS los siguientes documentos junto con la solicitud! Sólo se considerarán para su aprobación las solicitudes completas.

- Acta de nacimiento certificada del niño/a
- Registro de vacunación del niño/a
- 2 facturas de servicios públicos que muestran el nombre, la fecha y la fecha actual
 - Documentos habilitantes:
 - Factura de electricidad
 - Factura de agua
 - Factura de gas
 - Factura de cable/internet
 - Contrato de arrendamiento
 - Hipoteca
- Verificación de ingresos
 - Documentos habilitantes:
 - Talones de cheques de 1 mes
 - Documentos fiscales que demuestren ingresos brutos
 - Declaración del empleador en papel membretado de la empresa
 - Documentos que demuestren que recibe cualquiera de los siguientes:
 - WIC
 - Vivienda pública
 - Medicaid
 - TANF/Work First
 - SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
 - Food Stamps (Cupones de comida)
 - SNAP
- Identificación con fotografía de los padres
- Documentos de tutela si corresponde

- IEP (Plan de Educación Individualizada) u otra documentación de los servicios que recibe el niño/a

Sitios Disponibles de NC Pre-K

Los siguientes sitios atienden únicamente a niños que viven en el distrito escolar del condado de Randolph. Se proporciona transporte dentro de cada distrito escolar.

Southmont Elementary School
Tabernacle Elementary School
Ramseur Elementary School
Level Cross Elementary School
Liberty Elementary School
Trindale Elementary School

Este sitio atiende únicamente a niños que viven en el distrito escolar de la ciudad de Asheboro. Se proporciona transporte dentro del distrito escolar de la ciudad de Asheboro.

Early Childhood Development Center

Los siguientes sitios atienden a niños que viven en cualquiera de los distritos escolares. No se proporciona transporte.

Connie Redding Head Start
Randleman Enrichment Center
Childcare Network #146

Para obtener más información comuníquese con una de las siguientes personas:

Head Start
Maria Recendez
(336) 672-5570
MRecendez@regionalcs.org

Early Childhood Development Center
Holly White
(336) 672-6636
hwhite@asheboro.k12.nc.us

Randolph Partnership for Children
Heather Semler
(336) 629-2128 ext. 131
hsemler@randolphkids.org



Solicitud para NC Pre-Kindergarten del Condado de Randolph/Head Start para Niños de 4 Años 2025-2026

Nombre del niño/a _____
Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

Edad actual del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenina

Raza (marque todo lo que corresponda):

- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
- Blanco/Europeo Americano
- Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska
- Hispano
- Oriente Medio/Norteafricano
- Otro

Etnia:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Idioma principal del niño/a _____ ¿Alguien en la casa habla inglés? Si No

INFORMACIÓN SOBRE LOS ADULTOS DEL HOGAR

Padre/Guardián 1: _____ Teléfono: _____

Apellido Primer Nombre Correo electrónico: _____

Padre/Guardián 2: _____ Teléfono: _____

Apellido Primer Nombre Correo electrónico: _____

Dirección del hogar: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal (si es diferente): _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Contacto alternativo #1: _____ Teléfono: _____

Contacto alternativo #2: _____ Teléfono: _____

Número de padres del niño/a en el hogar _____ Número de niños/niñas en casa _____

1. Información de los miembros que viven en la casa (ej: madre, padre (o tutores) y hermanos menores de 18 años)

Nombre	Relación con el niño/a	Fecha de Nacimiento

2. ¿Están empleados los tutores de esta familia?

Guardián 1: **Empleado** ¿Donde? _____ # de Teléfono: _____
 Desempleado **Buscando empleo** **Discapacitado**
 Guardián 2: **Empleado** ¿Donde? _____ # de Teléfono: _____
 Desempleado **Buscando empleo** **Discapacitado**

SIN DECLARACIÓN DE INGRESOS: Yo, _____ no tengo ingresos de ningún tipo en este momento.

Firma: _____

3. Por favor circule el nivel más alto de educación completado:

Guardián 1: **6to grado o menos** **6to - 11mo grado** **GED** **Diploma de Escuela Secundaria**
Educación Universitaria **Inscrito**

Guardián 2: **6to grado o menos** **6to - 11mo grado** **GED** **Diploma de Escuela Secundaria**
Educación Universitaria **Inscrito**

4. ¿Dónde está bajo cuidado su hijo actualmente?

Centro de cuidado infantil/hogar: Nombre del Centro _____ ¿Recibes subsidios? **Si**

No

Nombre del sitio de Head Start: _____

Padres/Hogar

Otro – Por favor especifique _____

5. ¿Su hijo tiene una condición de salud crónica que afecta su desarrollo y/o aprendizaje? Si No

En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud?

6. ¿Su hijo recibe servicios por una necesidad especial o discapacidad o está en proceso de identificar o determinar posible diagnóstico? Si No Evaluación en curso

En caso afirmativo, especifique (marque todo lo que corresponda) **Fecha en que comenzaron los servicios:**

Habla

Terapia física

Servicios Educativos

Terapia Ocupacional

Salud Mental

Otro- Por favor especifique _____

7. ¿Ha sido llamado a servir en el ejército en los últimos 18 meses o en los próximos un padre/tutor? Si

No

8. ¿Ha resultado gravemente herido o ha fallecido mientras estaba en servicio activo un padre/tutor? Si No

9. ¿Hay hermanos matriculados actualmente en una escuela primaria? Si es así ¿qué escuela? _____

10. Si está disponible en su área, ¿necesitará transporte su hijo? (**Note: El transporte es limitado) Si No

11. Médico de atención primaria del niño/a: Nombre _____ Teléfono: _____

12. Dentista de cabecera del niño/a: Nombre _____ Teléfono: _____

13. Randolph Health se utilizará en caso de emergencia, a menos que se indique lo contrario: _____

Por favor indique 2 sitios preferidos para que su hijo asista a Pre-K. Todos los sitios disponibles se enumeran en la segunda página de la solicitud.

1ra Elección _____

2da Eleccion _____

PERMISO PARA ADMINISTRAR EXÁMENES Y CONFIRMACIÓN DE EXACTITUD

- Entiendo que si mi hijo está inscrito, es posible que también se le realice una evaluación para determinar su elegibilidad para otros servicios que lo ayudarán a prepararse para el jardín de infantes. Mi firma le da permiso a la escuela para permitir que a mi hijo/hija se le realicen exámenes de visión, dentales, auditivos y de desarrollo general.
- Una vez inscrito en el programa NC Pre-K, se requiere asistencia diaria. La mala asistencia podría resultar en que el niño pierda el lugar.
- Entiendo que mi solicitud se compartirá con agencias que brindan subsidios para Pre-K y cuidado infantil para garantizar que los niños reciban servicios.
- **Mi firma confirma que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa.**
- **Si cualquier información enviada en o con esta solicitud es fraudulenta, mi hijo puede ser descalificado para los servicios.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha