



Programa Smart Start del condado de Randolph para niños de 3 años

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 3 años antes del 31 de agosto.
- El ingreso bruto anual del hogar es 200% o menos del nivel de pobreza estatal.
- Los padres que viven en el hogar con el niño/a trabajan a tiempo completo o están inscritos en la escuela a tiempo completo en persona.
- La familia vive en el distrito escolar de la ciudad de Asheboro.

¡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/empleo
 - Documentos habilitantes:
 - Talones de cheques de 1 mes (deben mostrar ingresos brutos y horas trabajadas)
 - Declaración del empleador que indique la tasa de pago y las horas trabajadas.
- Verificación de matrícula escolar (si está desempleado)
- 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

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 Smart Start para el Condado de Randolph 2025-2026

Nombre del niño/ _____
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 de hogar: _____
Calle
Ciudad
Estado
Codigo Postal

Dirección postal (si es diferente) _____
Calle
Ciudad
Estado
Codigo Postal

Contacto alternativo: _____ **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: _____ Horas trabajadas por semana: _____

Desempleado Buscando empleo Discapacitado

Guardian 2: Empleado

¿Donde? _____ # de Teléfono: _____ Horas trabajadas por semana: _____

Desempleado Buscando empleo Discapacitado

3. ¿Están los tutores de esta familia matriculados en la escuela?

Guardián 1: **Si No** En caso afirmativo, ¿cuántas horas de crédito estará inscrito en el otoño de 2025? _____

Guardián 2: **Si No** En caso afirmativo, ¿cuántas horas de crédito estará inscrito en el otoño de 2025? _____

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

8. Si está disponible en su área, ¿necesitará transporte su hijo? (**Note: El transporte es limitado)_ Si _No

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

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

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

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 se le realicen exámenes de visión, dentales, auditivos y de desarrollo general.

- Una vez inscrito en el programa de Smart Start, 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