



Programa Smart Start del condado de Randolph para niños de 3 años 2026-2027

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



Nombre del niño/			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

_____ *Hispano/Latino*
 No Hispano/Latino

INFORMACIÓN SOBRE LOS ADULTOS DEL HOGAR

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

Nombre	Relación con el niño/a	Fecha de Nacimiento

2. ¿Están empleados los tutores de esta familia?

Guardián 1: ☐ **Empleado**

¿Donde? ☐ **Desempleado** ☐ **Buscando empleo** ☐ **Discapacitado** # de Teléfono: _____ Horas trabajadas por semana: _____

Guardian 2: ☐ **Empleado**

¿Donde? ☐ **Desempleado** ☐ **Buscando empleo** ☐ **Discapacitado** # de Teléfono: _____ Horas trabajadas por semana: _____

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 2026? _____

Guardián 2: **Si** **No** En caso afirmativo, ¿cuántas horas de crédito estará inscrito en el otoño de 2026? _____

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