



## SMART START OF BRUNSWICK COUNTY

5140 Sellers Street, Shallotte, NC 28470 Phone: 910-754-3166

[www.smartstartbrunswick.org](http://www.smartstartbrunswick.org)

Condado de Brunswick County

Aplicación para Pre-Kindergarten del Programa de Pre-K de NC

**El niño debe tener 4 años a más tardar el 31 de agosto de 2018**

Por favor conteste cada pregunta por completo.



Información del niño			
<b>Nombre Completo del Niño:</b>			Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes      Día      Año	Edad: _____	U.S. Ciudadano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de residencia: _____
Residente de NC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Raza (marque): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____			Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información familiar			
El/La niño/a vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro * (especificar) _____			
¿Estás sin hogar? _____ <span style="float: right;">* Si viviendo con el/la tutor/a legal, se requiere documentación legal</span>			
Padre Legal / Guardián / Padrastro (por favor circule uno)			
<b>Nombre:</b>	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes      Día      Año	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Otro: _____	
Dirección física: (Calle, Ciudad, Estado Código Postal)		La dirección postal (Si es diferente de la dirección física)	
Dirección de correo electrónico:			
Número del teléfono de la casa:		Celular:	Teléfono del trabajo:
Lugar de trabajo:		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo complete <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Buscando un trabajo <input type="checkbox"/> Propio Negocio <input type="checkbox"/> Ama de casa/ Padre <input type="checkbox"/> Asistiendo a la Universidad <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela secundaria o programa GED <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de inicio:			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda/Viudo			
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Escuela elemental <input type="checkbox"/> GED/Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Alguna educación universitaria <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Diploma de graduado/postgrado			
Padre Legal / Guardián / Padrastro (por favor circule uno)			
<b>Nombre:</b>	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes      Día      Año	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Otro: _____	
Dirección física: (Calle, Ciudad, Estado Código Postal)		Dirección postal (Si es diferente de la dirección física)	
Dirección de correo electrónico:			
Número del teléfono de la casa:		Celular:	Teléfono del trabajo:

Lugar de trabajo:	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo complete <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Buscando un trabajo <input type="checkbox"/> Propio Negocio <input type="checkbox"/> Ama de casa/ Padre <input type="checkbox"/> Asistiendo a la Universidad <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela secundaria o programa GED <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de inicio:		
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda /Viudo	
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> Escuela elemental <input type="checkbox"/> GED/ Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Alguna educación universitaria <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Diploma de graduado/postgrado	
<b>Estado Militar de los Padres / Guardián legal</b>		
<input type="checkbox"/> Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Servicio activo en la Guardia Nacional de Carolina del Norte <input type="checkbox"/> Unidad de reserva de las Fuerzas Armadas y ordenada a servicio activo en los pasados o próximos 18 meses <input type="checkbox"/> Uno de los padres o guardián legal de este niño fueron heridos o asesinados mientras estaba en servicio activo <input type="checkbox"/> No		
<b>Ingresos familiares (Requiere verificación de ingresos – Requiere verificación de ingresos, W-2's, talones de pago, manutención de los hijos, carta de beneficios del Seguro Social)</b>		
Ingresos del padre ANTES de impuestos	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Ingresos de la madre ANTES de impuestos	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Ingresos de los padrastros ANTES de impuestos	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los hijos	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión alimenticia	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación del Trabajador	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
Seguridad Social / Jubilación	\$ _____	Pagado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
<b>Datos del niño</b>		
Primera Lengua del Niño:	Idioma hablado en la casa:	
¿Su hijo/a tiene una preocupación crónica o significativa de su salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso afirmativo, explíquelo por favor:	Documentación incluida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Está su niño/a actualmente o ha recibido servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso afirmativo, explíquelo por favor:	Documentación incluida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Su hijo/a tiene un Plan de Educación Individual activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Documentación incluida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha del plan: _____	
¿Cuál describe quién cuida a su niño rutinariamente (mayoría de las veces): <input type="checkbox"/> Mi hijo/a nunca ha asistido a cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar. <input type="checkbox"/> En el pasado, mi hijo/a asistió a cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar. Nombre del programa: _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo/a está asistiendo a la siguiente cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar:		

\_\_\_\_\_ y asiste a tiempo completo  o tiempo parcial

¿Está la familia actualmente inscrita en el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil (vales)?  Sí  No

¿Cuál es el tamaño de la familia del niño?: \_\_\_\_\_ Número total

Lista los nombres de otros miembros de la familia que viven en la casa que no están listados anteriormente en la aplicación	Relación con el niño pre-K	Fecha de nacimiento	Sexo
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Información de Contacto en caso de Emergencia (alguien que vive fuera de la casa)**

Contacto de emergencia:	Relación hacia el niño:	
Número del teléfono de la casa:	Celular:	Teléfono del trabajo:

**Responsabilidades familiares: Por favor lea detenidamente y inicial cada caja**

- Entiendo que mi hijo/a puede ser colocado en una lista de espera.
  - Entiendo que mi hijo/a necesitará una evaluación de salud actual/actualizada.
  - Entiendo que el transporte a y desde el programa de NC Pre-K será la responsabilidad de la familia.
  - Entiendo que la participación de la familia es esperada en el programa de NC Pre-K.
  - Entiendo que mi hijo/a recibirá exámenes de desarrollo, dental, audición, visión y lenguaje.
  - Proporcionaré el programa de NC Pre-K con alguna documentación necesaria
- Doy mi permiso para que Smart Start del Condado de Brunswick comparta el IEP de mi hijo/a con los empleados y los maestros del centro de cuidado infantil (si es aplicable)  Sí  No

**Preferencia del sitio Pre-K del condado de Brunswick NC: Por favor, marque uno**

- Earth Angels Educational Center – 720 Whiteville Rd., Shallotte, NC
- For Kids Only – 344 Mulberry Rd., Shallotte, NC
- Kids World Academy II – 4833 Gina St., Southport, NC
- Kids World Academy III – 9272 Post Office Rd., Leland, NC
- Little Sandpipers Learning Center – 972 Old Ocean Highway, Supply, NC
- SPEC NINE – 111 Thomas Garst Lane, Leland, NC
- Child Care Network #84 – 787 Village Rd., Leland, NC
- Child Care Network #85 - 802 Leonard St., Southport, NC
- Tiny Tots – 270 Union School Rd., Shallotte, NC
- Sin preferencias (Niño será colocado en el lugar de cuidado infantil más cercano a la dirección de la casa)

**Las solicitudes NO serán aceptadas hasta que se haya recibido toda la documentación requerida.  
Por favor vea la lista de verificación abajo para una lista de los documentos requeridos.**

**NECESARIO**

- Aplicación completada y firmada
- Copia del certificado de nacimiento del niño
- Copia del registro de inmunización del niño
- Copia de la tarjeta de seguro social del niño

**OPCIONAL**

- Documentación de los militares de los padres/guardianes legales servicios (servicio activo o muerte por servicio militar)

**Prueba de todas las fuentes de ingresos:** 2017 declaración de impuestos del IRS; 2017 W2; LES actual; Un mes de talones de pago actuales; Declaración escrita del empleador indicando salario, horas de trabajo y frecuencia de pago. Ingresos adicionales: manutención de hijos, pensión alimenticia, carta de beneficios de Seguro Social, jubilación, tiene propio negocio

**Prueba de residencia:** Licencia de conducir con dirección actual, factura de servicio público actual, contrato de arrendamiento firmado (Si la factura/contrato de acuerdo está en el nombre de otra persona, una declaración firmada debe ser proporcionada por la persona junto con la factura/contrato de acuerdo)

**Documento legal requerido para la tutela/custodia si no vive con el padre biológico**

Copia del Plan de Educación Individualizado actual del niño

Documentación de la enfermedad crónica - evaluación de la salud del niño de la documentación del profesional médico

Copia de los exámenes/evaluaciones educacionales/de desarrollo actuales indicando necesidades de desarrollo o educativas

**Firma del padre /Guardián legal**

Certifico que soy el padre/guardián legal del niño cuyo nombre aparece en esta aplicación. Certifico que toda la información contenida en esta aplicación es exacta y completa según mi leal saber y entender, incluyendo información sobre ingresos. Si en algún momento mi situación familiar cambia, notificaré a su oficina de dichos cambios. Algunos cambios pueden requerir que se complete una nueva aplicación.

Firma del padre / tutor legal (necesario) \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**Completar y devolver la aplicación firmada y la documentación de apoyo a:  
Smart Start of Brunswick County  
5140 Sellers Street, Shallotte, NC 28470**

**SÓLO USO DE OFICINA**

Received & Income Verified by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Income Dually Verified: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Assigned Site: \_\_\_\_\_