



SMART START OF BRUNSWICK COUNTY

www.smartstartbrunswick.org

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 2024



Programa de Prekindergarten de Carolina del Norte 2024-2025

El programa de Pre-Kindergarten del condado de Brunswick de Carolina del Norte es administrado por Smart Start. Este programa es financiado por el estado de Carolina del Norte y brinda a los niños una gratis experiencia educativa de 6.5 horas por día. El programa de NC Pre-K asegura la preparación escolar, grupos más pequeños y sigue el calendario escolar público del Condado de Brunswick. En Agosto recibirán las cartas con la información que indica que el niño/a fue aceptado.

¿Otros factores que pueden determinar la elegibilidad?

- El niño/a se ha identificado con necesidades educativas
- El niño/a se ha identificado con una discapacidad en su desarrollo
 - El niño/a tiene problemas de salud crónicos
- El niño/a para el manejo del Idioma Ingles, es limitado

Se requiere lo siguiente documentos para una completa aplicación

- Diligenciar la aplicación en su totalidad y entregarla firmada
- Copia de Certificado de nacimiento del niño/a
- Copia del registro de vacunas del niño/a
- Prueba de Fuentes de ingreso
- Prueba de que el domicilio del niño/a se encuentra dentro del condado escolar
- Es indispensable un documento legal que certifique la custodia legal si el niño/a no vive con sus padres biológicos.

¿Dónde puede enviar la aplicación?

La aplicación firmada y con toda la documentación debe ser enviada por correo o traer a la oficina de Smart Start of Brunswick County:

5140 Sellers Street, Shallotte, NC 28470

Si Necesita más información llamar a Patricia Ungerer.

Teléfono. 910-754-3166

Fax. 910-754-3188

Email. pungerer@smartstartbrunswick.org



SMART START OF BRUNSWICK COUNTY

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

www.smartstartbrunswick.org

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 2024



** Por favor conteste cada pregunta por completo. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Información del niño			
Nombre Completo del Niño:			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 ¿Residente de NC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de residencia: _____
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? _____ * Si viviendo con el/la tutor/a legal, se requiere documentación			
Padre Legal / Guardián / Padrastro (por favor circule uno)			
Nombre:	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 completo <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)			
Nombre:	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		
Estado Militar de los Padres / Guardián legal		
<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		
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)		
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
Desempleado/a	\$ _____	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
Datos del niño		
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 (IEP)? <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):		

- Mi hijo/a nunca ha asistido a cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar.
- En el pasado, mi hijo/a asistió a cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar.
- Nombre del programa: _____
- 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 con 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 permiso a Smart Start del Condado de Brunswick compartir información del niño eso puede incluir el IEP de mi hijo/a con los empleados y los maestros de la guardería. Yo también doy permiso a Smart Start del Condado de Brunswick para compartir la ubicación de la guardería con las Escuelas del condado de Brunswick y el programa de niños excepcionales (si fuera 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
- Little Sandpipers Learning Center** – 972 Old Ocean Highway, Supply, NC
- Excel 5** – 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
- The Kids Connection** – 4929 Old Shallotte 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

OPCIONAL

- 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**
- Prueba de todas las fuentes de ingresos:** ELIJA UNO - 2023 declaración de impuestos del IRS; 2023 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:** ELIJA UNO - 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**

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