



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 2025



Programa de Pre - Kindergarten de Carolina del Norte 2025-2026

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 Inglés, 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.
- Es una familia militar

¿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

632 Village Rd Ste 1, Shallotte 28470 (correo postal) or 926 Old Ocean Hwy building C, Bolivia 28422

La oficina esta abierta de lunes a jueves, de 7:30am a 5:00pm

Si Necesita más información llamar a Patricia Ungerer.

Teléfono. 910-553-8360

Fax. 910-754-3188

Email. pungerer@smartstartbrunswick.org



SMART START OF BRUNSWICK COUNTY

Phone: 910-553-8360

Email: www.smartstartbrunswick.org

Address: 632 Village Rd Ste 1, Shallotte or 926 Old Ocean Hwy building C, Bolivia

**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 2025**



** 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: Raza: ____/____/____ Mes Día Año	<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: Fecha de inicio:		<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: _____	
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		

Declaración de no ingresos: Complete SOLO si usted actualmente este/ a desempleado/ a y no recibe ninguna otra fuente de ingresos regulares.

Yo padre/tutor legal reconozco _____, que actualmente no tengo ingresos verificables de ningún tipo. Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, comprendo que la participación de mi hijo En el programa puede ser cancelada/ o y yo puedo estar sujeto a acciones legales.

(Firma de Padre o Tutor)

(Dia)

Estado Militar de los Padres / Guardián legal

- Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
- Servicio activo en la Guardia Nacional de Carolina del Norte
- Unidad de reserva de las Fuerzas Armadas y ordenada a servicio activo en los pasados o próximos 18 meses
- Uno de los padres o guardián legal de este niño fueron heridos o asesinados mientras estaba en servicio activo 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 al siguiente cuidado de niños, cuidado de niños familiar o preescolar: _____ y mi hija/o esta en casa con mi familia o ninera

¿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:

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)

Responsabilidades familiares: Por favor lea detenidamente y inicial cada caja

- _____ Entiendo que mi hijo/a puede ser colocado en una lista de espera y no está garantizada.
- _____ 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

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 de niño**
- **Copia de la tarjeta de seguro social de niño**
- **Prueba de todas las fuentes de ingresos:**

Elija uno-2024 declaración de impuestos del IRS; 2024 W2; les actual; un mes de talones de pago actuales; declaración escrita del empleador indicando salario, horas 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 junto con la factura/contrato de acuerdo)

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

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

632 Village Rd Ste 1, Shallotte 28470 (correo postal) or 926 Old Ocean Hwy building C, Bolivia 28422

La oficina esta abierta de lunes a jueves, de 7:30am a 5:00pm

Si Necesita más información llamar a Patricia Ungerer.

Teléfono. 910-553-8360

Fax. 910-754-3188

Email. pungerer@smartstartbrunswick.org

SÓLO USO DE OFICINA

Received & Income Verified by: _____ Date _____