



¿Qué es el pre-kínder?

El pre-kínder es una oportunidad de educación muy emocionante para los niños. Los niños desarrollarán muchas habilidades que harán más fácil el ingreso al Kínder. Los salones preescolares de nuestra comunidad operan por lo menos 6.5 horas al día de lunes a viernes, diez meses del año. Algunos de los salones preescolares están en escuelas públicas y otros están en centros de cuidado privados (guarderías). El programa es gratis para familias que califican, excepto por un mínimo precio por las comidas para aquellas familias que no califican para almuerzo gratis/precio reducido.

¿Debería llenar esta solicitud?

Si usted y/o su niño/a cumple con alguno de los siguientes requisitos, usted puede calificar para los servicios preescolares:

- Su niño/a cumple 4 años para el 31 de agosto del 2020
- Niños de una familia en servicio militar
- Niños identificados con discapacidad o necesidades especiales.
- Bajos ingresos económicos
- Niños de familias que tienen limitaciones de idioma (inglés)
- Niños que están viviendo con tutores/custodios legales, una familia temporaria, u otro cuidador
- Niños sin vivienda

Información Adicional:

- Algunos centros de guarderías ofrecen extensión de cuidado antes y después de las horas de escuela por una cuota adicional. Esos arreglos deben hacerse con el director de ese lugar.
- En la escuela South Lexington se usa uniforme. Por favor llame a la escuela o visite la página web www.lexcs.org para más detalles.
- Las escuelas del Condado de Davidson y de la Ciudad de Thomasville no ofrecen transporte. La única escuela con transporte es la de la Ciudad de Lexington.



Davidson
County Schools



SOLO SE ACEPTA SOLICITUDES COMPLETAS

Documentación para completar una solicitud 2020-2021:	
<input type="checkbox"/>	Acta de Nacimiento del Niño/a (oficial o copia del hospital)
<input type="checkbox"/>	Documentación de Custodia/Tutela (sólo si el niño/a vive con un tutor/custodio legal u otro cuidador que no sea el padre o padrastro)
<input type="checkbox"/>	Prueba de todas sus fuentes de ingresos (documentación para el mes más reciente de todos los ingresos que recibe su familia): Ej: talones de cheque, formulario de verificación de ingresos si es un empleo nuevo (pg.6), manutención del menor, compensación al trabajador, beneficios de desempleo, pensión conyugal, retiro o incapacidad, declaración de impuestos del 2019, formas W-2 o 1099 del 2019 Si le pagan...Semanal=4 talones; Cada dos semanas/Quincenal= 2; mensual=1
<input type="checkbox"/>	Declaración "No Ingresos" (solo si es necesario) pg. 5 de solicitud
<input type="checkbox"/>	¿La solicitud está completa?
*Obligatorio una vez que el niño es aceptado en NC Pre-K:	
<input type="checkbox"/>	Reporte Médico + Registro de Vacunación del Niño/a: (El reporte médico incluye una evaluación de la salud, de la vista, del oído, y de los dientes.) El formulario se encuentra en partnershipforchildren.org .
Documentación Adicional: (solo si corresponde al niño/a)	
<input type="checkbox"/>	Documentación de servicio militar de los padres incluye servicio activo y lesión seria o muerte como resultado de servicio militar
<input type="checkbox"/>	Documentación de Enfermedad Crónica evaluación médica del niño/a o una nota del proveedor médico que declare la enfermedad del niño/a.
<input type="checkbox"/>	Copia de evaluaciones educacionales/desarrollo que indiquen que el niño/a tiene una necesidad educacional o de desarrollo.
<input type="checkbox"/>	Documentación de Incapacidad ej. Parálisis cerebral, impedimento ortopédico, Documentación del I.E.P. (Plan Educativo Individualizado)

Una solicitud completa no garantiza la aceptación de ningún solicitante en el programa de NC Pre-K.

Animamos a todos los interesados a llenar una solicitud. Si quiere más información por favor llámenos o visítenos...

Smart Start of Davidson County
www.partnershipforchildren.org
 306 East US Hwy 64
 Lexington, NC 27292
 (336) 249-6688
 (336) 249-6687 fax



Solicitud de Pre-Kínder 2020-2021

Por favor lea cuidadosamente cada declaración y firme abajo.

Yo le doy permiso a Smart Start of Davidson County de que comparta información acerca de mi niño/a con otros programas de servicios para niños de 4 años para evitar la duplicación de servicios y para maximizar las oportunidades para mi familia.

Yo entiendo que el servicio de transporte no está disponible en todos los sitios de NC Pre-K. Si mi niño/a es asignado a uno de estos sitios, es mi responsabilidad proveer transporte.

Yo entiendo que mi niño/a necesitará una evaluación de salud reciente y la cartilla de vacunas antes de que pueda empezar a asistir al programa de NC Pre-K. (Si esta información está adjunta con mi solicitud, será entregada a la escuela a la que mi niño/a fuera asignado)

Yo entiendo que mi niño/a no será asignado a ningún salón de NC Pre-K hasta que el Presupuesto Estatal haya sido finalizado.

Yo entiendo que el nombre de mi niño/a puede ser agregado a una lista de espera ya que el programa recibe un número de solicitudes que excede el número de cupos disponibles.

Yo entiendo que si llega a haber un cupo disponible en el transcurso del año, mi niño/a podría ser asignado entonces.

Yo entiendo que si mi niño/a es asignado a un sitio de NC Pre-K y mi familia se cambia de casa en el transcurso del año, puede que mi niño/a no pueda ser transferido a otro sitio NC Pre-K. Debo avisar a Smart Start este tipo de cambios.

Yo entiendo que si mi niño/a es asignado a una escuela pública y nos cambiamos de casa fuera del distrito escolar, mi niño/a puede perder su cupo en esa escuela.

Yo entiendo que si mi niño/a está inscrito en un programa de Head Start, en una guardería de 4 o 5 estrellas y/o está recibiendo ayuda financiera a través del Departamento de Servicios Sociales o Smart Start, yo ya he adquirido todos los recursos disponibles a mi familia y podría no calificar para NC Pre-K.

He leído todas las declaraciones.

Firma del Padre/Tutor X _____

Nombre del niño/a: _____

Por favor, seleccione todos los sitios que resulten prácticos para su familia indicando sus preferencias con números (1=su sitio más preferido, 2,3,4...etc). Antes de escoger una escuela pública, asegúrese de que usted viva en el distrito escolar (Lexington/Thomasville/Condado de Davidson) donde se encuentra la escuela.

Centros de Cuidado Privado

- A Child's World at Fairgrove _____
- Davidson Co. Comm. College _____
- First Baptist CLC in Denton _____
- Kids Only Childcare Ctr. _____
- Lexington Day Care _____
- Little Bo Peep _____
- Mary Myers _____
- The Learning Place at Thom. Medical Center _____
- Von's Kids Inc. Too _____

Escuelas de la Ciudad de Lexington

Transporte disponible

- South Lexington School _____

Escuelas de la Ciudad de Thomasville

Transporte **NO** disponible

- Thomasville Primary School _____

Escuelas del Condado de Davidson

Transporte **NO** disponible

- Churchland Elementary _____
- Friedberg Elementary _____
- Friendship Elementary _____
- Silver Valley Elementary _____
- Southwood Elementary _____
- Tyro Elementary _____
- Welcome Elementary _____

¿A qué escuela elemental asistirá su niño/a para el Kínder?

¿Tiene otros niños que asisten a esta escuela en el año 2020-2021?

Importante: Estos sitios están sujetos a cambios. Los fondos monetarios no han sido finalizados para el año escolar del 2020-2021. Se les avisará si un sitio que haya escogido no obtuvo fondos. Siempre nos esforzamos por conceder su primera opción, pero no siempre es posible.

OFFICE USE ONLY

Application Completed on ____/____/____

Siblings in Elem? Y N N/A Provide Transportation? Y N

Before/Afterschool Care? B A B&A N/A

Below 75% / Above 75% Priority Status: PC _____ WL _____

RECEIVED Date Stamp, Time and Initial:

Nombre del Niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento** ___/___/___ **Sexo:** _____

Ciudadano Americano: Sí / No

Etnicidad: Hispano/a? Sí / No

Raza: Caucásico/Europeo Americano Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacifico Afro-Americano

Domicilio del niño/a: _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____

Domicilio Permanente Sin hogar o en Albergue de Emergencia Albergue para Mujeres y Niños Maltratados
 Hotel/Motel Hospital por 30 días o menos Falta de Domicilio Nocturno Permanente

¿Con quién vive el solicitante en el domicilio de arriba?

ambos padres / madre soltera / padre soltero
 padre/madre & padrastro/madrastra → (¿Es la pareja casada / no casada?)
 tutor/custodio legal (por mandato judicial) / otro cuidador (sin mandato judicial) familia temporaria

Dirección Postal (si es diferente que la anterior): _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____

Contacto Principal: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Celular#: _____ **Alternativo#:** _____ **Email:** _____

Contacto Secundario: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Celular#: _____ **Alternativo#:** _____ **Email:** _____

Contactos de Emergencia (diferentes de los primeros contactos)

Nombre: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Celular #: _____ **Alternativo #:** _____ **Email:** _____

Nombre: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Celular #: _____ **Alternativo #:** _____ **Email:** _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA:

Por favor anote el nombre de TODAS las personas que viven con el niño/a → **INCLUYENDO al niño/a PRIMERO.**

Si hay un herman@ de 18 años en la casa, y está asistiendo a la escuela superior (high school), por favor escriba el nombre de la escuela.

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento/Edad	Relación con niño/a	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento/Edad	Relación con niño/a

No. Total de Miembros en el Hogar _____


Por favor conteste las siguientes preguntas.

Encuesta de Lenguaje Natal

- 1) ¿El **niño/a** habla bien inglés? No / Sí
- 2) ¿La **familia** habla bien inglés? No / Sí
- 3) ¿Cuál es el **idioma** que se habla más en su hogar? _____

Bienestar y Salud

- 4) ¿Le han hecho un examen médico reciente a su niño/a (**con fecha de 08/17/19 o más reciente**)?
 - No; me aseguraré de entregar su examen médico a la escuela en cuanto mi niño/a sea aceptado al programa.
 - Sí; lo estoy incluyendo con esta solicitud
 - Sí; entregaré una copia a la escuela en cuanto mi niño/a haya sido aceptado al programa.

 **Un examen médico será requerido una vez que su niño /a haya sido inscrito en algún salón de Pre-Kínder.**

Los exámenes médicos deben incluir vacunas, y revisiones de vista, oído y dental.

El formulario médico está disponible en partnershipforchildren.org.

- 5) ¿Su niño/a tiene alguna **condición médica** u otras necesidades especiales? No / Sí; describa

- 6) ¿Su niño/a tiene una **necesidad educacional identificada** o una **incapacidad o retraso en su desarrollo** (ej. autismo, parálisis cerebral, impedimento de la vista, impedimento ortopédico)? No / Sí, por favor describa

- 7) ¿Su niño/a tiene un **IEP (Plan Educativo Individualizado Activo)**? No / Sí; *Por favor incluya una copia del IEP (Plan Educativo Individualizado) o los resultados de alguna evaluación.*
- 8) ¿Es alguno de los padres de este niño/a miembro de la Guardia Nacional de Carolina del Norte, la Fuerza Militar Estatal o un componente de la reserva de las Fuerzas Armadas que ha sido llamado para **servicio activo** en los **últimos 18 meses** o anticipa ser llamado en los **siguientes 18 meses** o que se ha **lastimado o fallecido durante su servicio**?
 No / Sí; Iniciales _____ (entregue comprobante)

Experiencia Preescolar

- 9) ¿Alguna vez su niño/a **ha asistido** a algún pre kínder o a algún tipo de guardería?
 No / Sí; Nombre de la Guardería _____ ¿Cuándo fue su último día? _____
- 10) ¿Está su niño/a **actualmente** asistiendo a algún pre-kínder, o a algún tipo de guardería? No / Sí
 - a) Nombre de la guardería _____
 - b) # de teléfono de la guardería _____
 - c) ¿Cuántos días a la semana está su niño/a en la guardería? _____
 - d) ¿Cuántas horas al día? _____
- 11) ¿Está recibiendo ayuda para pagar la guardería de su niño/a a través del **Dept. de Servicios Sociales**?
 No / Sí; ¿Número de horas a la semana? _____
- 12) ¿Está recibiendo ayuda para pagar la guardería de su niño/a a través de la **Beca de Cuidado Infantil de Smart Start del Condado de Davidson**? No / Sí
- 13) ¿Está actualmente trabajando con una **especialista de Smart Start en el Programa de Padres como Maestros**?
 No / Sí; ¿Si lo está, cuál es el nombre de la especialista? _____

Necesidades Familiares

- 14) ¿Podrá **proveer transporte** para que su niño/a asista al programa preescolar? No / Sí
- 15) ¿Necesitará **horas extendidas de cuidado** para su niño/a?
 Solo por la mañana Solo por la tarde Ambos (mañana y tarde) No necesito cuidado
- 16) ¿Cómo se enteró usted del programa de NC Pre-K?
 Escuela/Personal Escolar Familia/Conocido Redes Sociales Letrero Volante
 Centro de Cuidado Infantil/Guardería Oficina de Smart Start Otro _____

Nombre del Niño/a: _____

Nombre de la Madre/Madrastra/Tutor o Custodio Legal: _____

Marque todo lo que aplique: Empleado/a Buscando Empleo Educación post-escuela superior
 En escuela superior En entrenamiento laboral Otro _____

Si está empleado/a, ¿en dónde trabaja? _____

Los ingresos de su trabajo antes de impuestos \$ _____ Frecuencia: Mensual Quincenal Semanal

¿Recibe alguno de estos ingresos? Pensión Alimenticia No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Manutención del niño No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Compensación al trabajador No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Desempleo No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Retiro/Incapacidad No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
SSI/TANF/Work First No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal

Entregue documentación del mes más reciente de todos los ingresos que recibe.
Semanal=4 talones; Quincenal= 2 talones; mensual=1 talón
Si no tiene talones, pida a su empleador que llene la página 6

Nombre del Padre/Padrastra/Tutor o Custodio Legal: _____

Marque todo lo que aplique: Empleado/a Buscando Empleo Educación post-escuela superior
 En escuela superior En entrenamiento laboral Otro _____

Si está empleado/a, ¿en dónde trabaja? _____

Los ingresos de su trabajo antes de impuestos \$ _____ Frecuencia: Mensual Quincenal Semanal

¿Recibe alguno de estos ingresos? Pensión Alimenticia No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Manutención del niño No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Compensación al trabajador No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Desempleo No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Retiro/Incapacidad No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
SSI/TANF/Work First No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal

Entregue documentación del mes más reciente de todos los ingresos que recibe.
Semanal=4 talones; Quincenal= 2 talones; mensual=1 talón
Si no tiene talones, pida a su empleador que llene la página 6

Nombre del Otro Cuidador/a: → (Padres/Padrastras/Tutores/Custodios Legales anoten sus ingresos arriba.) _____

¿Recibe alguno de estos ingresos para el solicitante o los hermanos de él/ella?

Entregue documentación del mes más reciente de todos los ingresos que recibe.

Manutención del niño No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
Seguro Social/Incapacidad No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal
SSI/TANF/Work First No / Sí; \$ _____ Mensual Quincenal Semanal

Declaración de "No Ingresos": Por favor complete **SOLO** si están actualmente desempleados y no reciben ningún tipo de beneficio o cualquier otro tipo de ingresos regulares.

Bajo pena legal, yo (padre/padrastra/tutor o custodio legal) _____ declaro que no tengo ingresos de ningún tipo, ganados o no ganados. De esta manera, verifico que ni yo, ni mis niños, ni ningún miembro de nuestra familia ha tenido ingresos desde (mes/año): _____ hasta la fecha de esta solicitud. Certifico que esta información es cierta. Si cualquier parte es falsa, comprendo que la participación de mi niño/a en el programa puede ser terminada y sujeta a acciones legales.

Firma del Padre/Padrastra/Tutor o Custodio Legal _____ Fecha: _____

Aviso: Dar información falsa para calificar para el programa de NC Pre-K / Smart Start constituye fraude y resultará en exclusión inmediata del programa. Al firmar, usted verifica que toda la información y comprobantes presentados son verdaderos y correctos. Documentación adicional puede ser requerida. Completar esta solicitud no garantiza que obtendrá un cupo en alguno de los salones.

Firma: _____ Fecha: _____



NC PRE-K Employment Verification Form

Formulario de Verificación de Empleo de NC PRE-K

If newly hired or no pay stubs are available, please have your employer fill out this form and return to us with application.
 Si es nuevo en su empleo o no tiene talones de cheque, pida a su supervisor que llene esta forma y regrésela con la solicitud.

Please return to/Favor de entregar a:

Smart Start of Davidson County 306 East US Hwy 64, Lexington, NC 27292

Fax: (336) 249-6687 E-mail: julias@partnershipforchildren.org

Employee Name (Nombre del Empleado/a) _____

Applicant (child(ren)'s name(s)) (Nombre del niño/a solicitante) _____

Employer, please verify employment information for the person named above. By signing the form, you are giving us permission to contact you in case we need to verify any of the following information.

Empleador, por favor proporciónenos con la información de empleo para la persona nombrada en la parte superior y regrese el formulario al empleado lo más pronto posible. Al firmar este documento, usted está dando permiso de que lo/a contactemos en caso de que necesitemos verificar la siguiente información.

Is the person named above currently employed by you or your company?

¿Está la persona mencionada en la parte superior empleado/a por usted o su compañía? Yes/Sí No/No

Hire Date (Fecha de contratación): _____

On average, how many hours will the employee work per week?

¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

Pay Rate (Sueldo): \$ _____ hourly (por hora) weekly (semanal) biweekly (Quincenal) monthly (mensual)

How often will the pay be received? (¿Cada cuando recibe el sueldo?)

weekly (semanal) biweekly (cada dos semanas) bimonthly (quincenal) monthly (mensual)

Please complete the following table with the most recent pay received by the employee named above.

(4 most recent pay dates, if paid weekly / 2 most recent pay dates, if paid biweekly or semi-monthly / 1 most recent pay date, if paid monthly)

Por favor complete la siguiente tabla con los pagos más recientes que ha recibido el empleado/a indicado arriba:

(Necesitamos las 4 fechas de pago más recientes si el empleado/a está pagado semanalmente / las 2 fechas de pago más recientes si está pagado cada 2 semanas o quincenalmente / la fecha de pago más reciente si está pagado mensualmente.)

Pay Date Fecha de Pago	REG Hours Worked Horas Trabajadas	REG Rate of Pay Sueldo	Gross Pay (before taxes) Pago Bruto (antes de impuestos)	OT Hours Horas Tiempo Extra	OT Rate of Pay Sueldo de Tiempo Extra	OT Gross Pay Pago de Tiempo Extra	Tips Propinas

Name of the Company/Employer and Address

(Nombre de la Compañía/Empleador y Dirección): _____

Phone# (Tel): _____ Fax#: _____

Name of person filling out this form:

(Nombre de la Persona completando el formulario): _____

Title:

(Titulo): _____

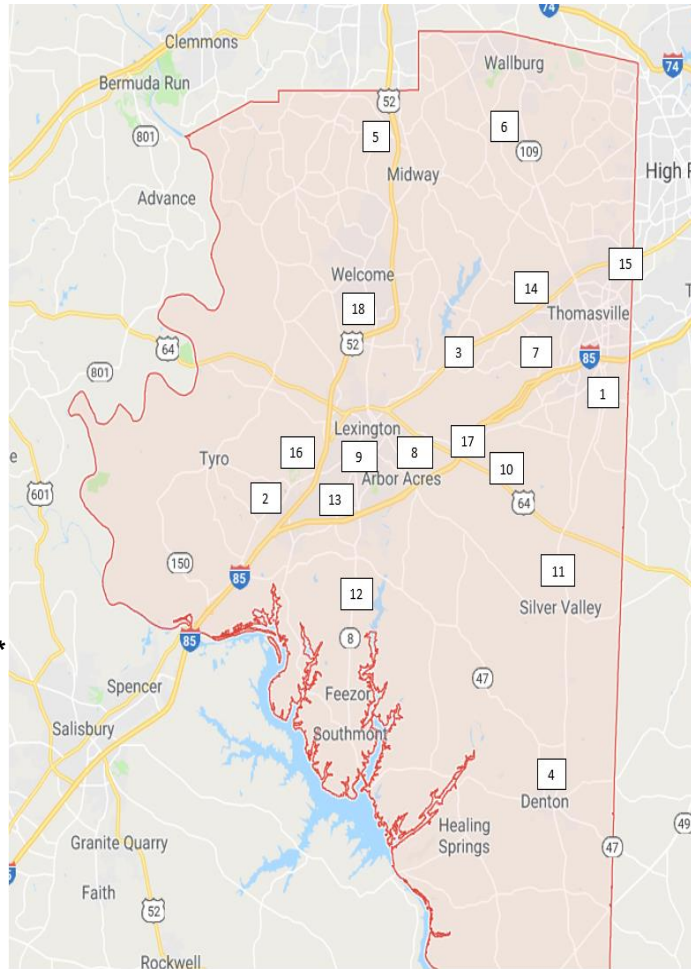
Signature (Firma): _____

Date (Fecha): _____

Lista de Sitios y Mapa de



1. **A Child's World***
(336) 474-2211
232 Cedar Lodge Road
Thomasville, NC 27360
2. **Churchland Elementary**
(336) 242-5690
7571 S. NC Hwy 150
Lexington, NC 27295
3. **DCCC Child Development Center***
(336) 224-4830
297 DCCC Road
Lexington, NC 27295
4. **First Baptist Child Learning Center (Denton)***
(336) 859-4830
385 West Salisbury St.
Denton, NC 27239
5. **Friedberg Elementary**
(336) 764-2059
1131 Friedberg Church Rd.
Winston-Salem, NC 27127
6. **Friendship Elementary**
(336) 231-8744
1490 Friendship Ledford Rd.
Winston Salem, NC 27107
7. **Kids Only Childcare***
(336) 474-8700
202 Shuler Circle
Thomasville, NC 27360
8. **Lexington Day Care***
(336) 249-3340
1601 E. Center St. Ext.
Lexington, NC 27292
9. **Little Bo Peep***
(336) 249-6502
406 Rosewood Dr.
Lexington, NC 27292



10. **Mary Myers Children's Center***
(336) 243-4899
4770 US Hwy 64 East
Lexington, NC 27292

11. **Silver Valley Elementary**
(336) 472-1576
11161 E. Old Hwy 64
Lexington, NC 27292

12. **Southwood Elementary**
(336) 357-2777
5850 Hwy 8
Lexington, NC 27292
13. **South Lexington School**
(336) 242-1544
1000 Cotton Grove Rd.
Lexington, NC 27292
14. **The Learning Place @ Thomasville Medical Center***
(336) 476-2522
207 Old Lexington Rd.
Thomasville, NC 27360
15. **Thomasville Primary**
(336) 474-4160
915 East Sunrise Ave
Thomasville, NC 27360
16. **Tyro Elementary**
(336) 242-5760
450 Cow Palace Rd
Lexington, NC 27295
17. **Von's Kids Inc Too***
(336) 224-5396
261 Heath Lane
Lexington, NC 27292
18. **Welcome Elementary**
(336) 731-3361
5701 Old Hwy. 52
Lexington, NC 27295

** These sites may offer care before and after the NC Pre-K day. Please contact sites for updated information about extended care services.*

** Estas instalaciones pueden ofrecer cuidado para antes y después del programa NC Pre-K. Por favor contacte estos establecimientos para más información acerca de este servicio*