

## Applying to the NC Pre-Kindergarten program

Para la inscripción del programa de NC Pre-Kindergarten program

### Special Instructions/Instrucciones Especiales:

- **Please answer all questions on the child application by completing each section A-E/Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño/a, llenando cada sección desde A-E.**
- **Attach proof of the child's age: either a copy of a birth certificate, medical record, or Medicaid card/Adjunte una prueba de la edad del niño/a: como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.**
- **Attach proof of the family's annual income: preferably income tax statements or a month of current pay stubs for each working parent/caregiver/Adjunte prueba del ingreso anual de la familia: de preferencia: documentos del impuesto sobre la renta, o los talones de pago actuales del mes por cada uno de los padres que están trabajando/o cuidador del niño/a.**
- **Families will be notified about placement for their child starting in May/A las familias se les avisará para el cupo de sus niños a principios del mes de Mayo.**
- **Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program/Los niños que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados del niño tendrán preferencia en la colocación del programa NC Pre-K.**
- **Incomplete applications or applications without the requested documentation will not be considered/Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación pedida no va a ser considerada.**
- **Return the completed child application and supporting documentation to/Devuelva la solicitud llena y la documentación adjunta solicitada a:**

Buncombe Partnership for Children, Attn. NC Pre-K, 2229 Riverside Drive,  
Asheville, NC 28804

### NC Pre-K classrooms are currently approved at the following sites/Clases actualmente aprobadas para el NC Pre-K se encuentran en las siguientes direcciones:

- **Asheville City Schools** (Child must live in the Asheville City Schools District or have an older sibling enrolled in a city school/El niño/a tiene que vivir en el Distrito de Asheville City Schools o tener un hermano mayor matriculado en esa escuela de la ciudad).
  - Asheville City Schools Preschool (West Asheville)
  - Hall Fletcher Elementary (West Asheville)
  - Ira B Jones Elementary (North Asheville)
  - Issac Dickson Elementary (North Asheville)
- **Eliada Child Development Center** (West Asheville)
- **Head Start** (Families must apply directly to/Las familias tienen que aplicar directamente a Head Start: 25 Gaston Street)
- **Verner Center for Early Learning** (East Asheville)

**A. CHILD INFORMATION / Niño Información**

Child's Full Name/Nombre completo del niño:

Date of Birth/Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Child's Street Address/Domicilio:

City/Zip Code/Ciudad/Codigo postal:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please mark one/ Marque uno: Hispanic/Hispano  Yes/Si  No

Child's Gender/Género del Niño:

Male/Niño  Female/Niña

Is child **CURRENTLY** attending a child care, preschool or half-day program?/El niño está **ACTUALMENTE** asistiendo a un cuidado para niños o en un programa de medio tiempo?

Yes/Si What is the name of the program/¿Cuál es el nombre del programa? \_\_\_\_\_

No If no, has the child **EVER** been in a child care/preschool setting?/Si indicó No, ¿alguna vez ha estado en niño en un centro de cuidado de niños?  Yes/Si  No

Does the child receive a child care subsidy voucher?/¿Tiene su hijo/a subsidio para cuidado de niños?  Yes/Si  No

Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military or was seriously injured or killed while on active duty?/¿Es al menos uno de los padres o cuidadores legales miembro de las fuerzas armadas, o ha sido el padre o cuidador legal del niño gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo?  Yes/Sí  No

Which of the following additional factors apply to this child? (check ALL that apply) /¿Cuál de los siguientes factores adicionales se aplican a este niño? (marque lo que corresponda)

Limited English Proficiency (Child speaks little or no English in the home) / Limitado conocimiento de inglés (El niño habla poco o nada de inglés en la casa)

Identified disability (Indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP) / Discapacidad Identificada (Indicado por el niño que tiene un actual Plan Individualizado de Educación - IEP)

Chronic health conditions (Indicated by a health care provider e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc) / Condiciones crónicas de salud (Indicado por un profesional de salud; por ejemplo, asma, anemia de células falciformes, cáncer, VIH, etc.)

Developmental educational need (As indicated by the child's performance results on a developmental screening) / Necesidad del Desarrollo Educativo (Indicado por el resultado de rendimiento en un examen de desarrollo del niño)

**B. FAMILY INFORMATION / Familia Información**

Child's Full Name/Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name/Nombre del padres o guardian: \_\_\_\_\_

Gender/Género :  Male/Masculino  Female/Femenina

Relationship to Child/Parentesco del Niño/a:

Mother/Madre  Father/Padre  Other, please specify/Otro, especifique por favor: \_\_\_\_\_

Phone Number/Teléfono: \_\_\_\_\_ Work Phone Number/Empleada Teléfono: \_\_\_\_\_

Email Address /Correo electronico: \_\_\_\_\_

Please check all that apply/Por favor, marque lo que corresponda:

Employed/Empleada  Seeking Employment/Buscando empleo  Attending Secondary Education/Asistiendo Universidad o colegio  Attending Job Training/Asistiendo entrenamiento para empleo  Attending HS/GED/Asistiendo escuela secundaria

If employed, how often do you receive a paycheck/¿Si está trabajando, cuán a menudo recibe su cheque:

Monthly/Mensual  Twice monthly/Quincenal  Weekly/Semanal  Bi-Weekly/Cada dos semanas

Parent/Guardian Name/Nombre del padres o guardian: \_\_\_\_\_

Gender/Género:  Male/Masculino  Female/Femenina

Relationship to Child/Parentesco del Niño/a:

Mother/Madre  Father/Padre  Other, please specify/Otro, especifique por favor: \_\_\_\_\_

Phone Number/Teléfono: \_\_\_\_\_ Work Phone Number/Empleada Teléfono: \_\_\_\_\_

Email Address /Correo electronico: \_\_\_\_\_

Please check all that apply/Por favor, marque lo que corresponda:

Employed/Empleada  Seeking Employment/Buscando Empleo  Attending Secondary Education/Asistiendo Universidad o colegio  Attending Job Training/Asistiendo entrenamiento para empleo  Attending HS/GED/Asistiendo escuela secundaria

If employed, how often do you receive a paycheck/¿Si está trabajando, cuán a menudo recibe su cheque:

Monthly/Mensual  Twice monthly/Quincenal  Weekly/Semanal  Bi-Weekly/Cada dos semanas

**Annual Family Income. (Attach supporting documentation for all income identified for each parent/guardian.)/Ingreso Anual Familiar. (Adjunte los documentos necesarios para cada uno de los padres/guardian legal.)**

Income before taxes/Sueldo bruto ANTES de impuestos \$ \_\_\_\_\_

Alimony/Manutencion \$ \_\_\_\_\_

Child Support/Mantenimiento del niño \$ \_\_\_\_\_

Workers Comp/Compensacion del trabajador \$ \_\_\_\_\_

Unemployment/Desempleo \$ \_\_\_\_\_

SSI/TANF/Work First/Seguro Social-SSI/TANF/Work First \$ \_\_\_\_\_

**What is the family's TOTAL annual gross income (before taxes)?**

¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)? \$ \_\_\_\_\_

**With whom does the child reside /¿Con quien reside el niño(a)?**

Mother/Madre  Father/Padre  Both Parents/Padres  Other/please specify /Otro, especifique por favor \_\_\_\_\_

Child's Full Name/Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

Does child live with a parent, blood relative or non-relative who has legal custody or guardianship? / ¿Vive el niño con un padre, pariente o no pariente que tenga la custodia legal o tutela  Yes/Si  No

What is the family size, (include the child and all adults and other children living in the household) / ¿Cuantos miembros en la familia? (Incluya el niño solicitante, a todos los adultos y otros niños en el hogar): \_\_\_\_\_

Please list the additional family members of the child that live in the home and are supported by the parent/caregiver's income  
Por favor haga una lista de los familiares que viven con el niño y los que se benefician de los ingresos de los padres/cuidadores del niño.

Name Nombre	Relationship to Child Relacion con Nina(o)	Date of Birth Fecha de Nacimiento	School child attends Asistencia del niño de la Escuela.

### C. DEVELOPMENTAL ASSESSMENTS / EVALUACIONES DEL DESARROLLO

Is the family concerned about the child's development/La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a?

Yes/Si  No If Yes, please explain/Si dijo si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Has the child been referred for an evaluation or identified with a disability? / ¿Ha sido el niño recomendado para una evaluación o ha sido identificado con una discapacidad?

- Yes/Si Continue on with the remaining questions/Continúe con las preguntas siguientes.  
 No Skip to the certification/signature section/Pase a la sección de Certificación/Firma en la sección.

What was the decision of the evaluation for this child? / ¿Cuál fue la decisión de evaluación de este niño?

- No disability identified/No discapacidad identificada  Evaluation decision in process/Decisión de la evaluación se encuentra en proceso  One or more disabilities identified/Uno o más discapacidades fueron identificadas  
 Do not know/No lo sé

What conditions were identified (Please check all that apply) / ¿Qué condiciones se identificaron? (Marque lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autistic/Autista   | <input type="checkbox"/> Speech / language impaired/Habla/Discapacidad de Lenguaje  |
| <input type="checkbox"/> Hearing impaired/Discapacidad Auditiva                                 | <input type="checkbox"/> Visually impaired/Discapacidad Visual  |
| <input type="checkbox"/> Orthopedically impaired/Discapacidad Ortopédica                        | <input type="checkbox"/> Behaviorally/emotionally disabled/Discapacidad Emocionalmente  |
| <input type="checkbox"/> Severely/profoundly mentally disabled / Muy severa discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Multi-handicapped (Please explain) Discapacidad Múltiple   |
|   | <input type="checkbox"/> Preschool / Persistent developmentally delayed/Preescolar/Persistente retraso en el desarrollo (PDD) |
|   | <input type="checkbox"/> Other health impaired/Otros problemas de salud   |

Has the child been referred for services? / ¿El niño ha sido recomendado para asistencia?  Yes/Si  No

Is this child receiving services related to the disability? / ¿Esta este niño recibiendo asistencia relacionada a la discapacidad o discapacidades?  Yes/Si  No

Please list the services the child is receiving / Liste por favor los servicios que recibe el niño: \_\_\_\_\_

Does the child have an active IEP (Individualized Education Plan)? / ¿El niño tiene un IEP activo (Plan Individualizado de Educación)?  Yes/Si  No

**D. NC PRE-K LOCATION CHOICES**

LUGARES DE OPCIÓN DEL PRE-K DE NC

Child's Full Name/Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

1<sup>ST</sup> Choice/1ra Opción: \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> Choice/2da Opción: \_\_\_\_\_

3<sup>rd</sup> Choice/3ra Opción: \_\_\_\_\_

**E. CERTIFICATION & SIGNATURE / CERTIFICACIÓN & FIRMA**

By signing this form/Firmando ésta aplicación:

- I certify that the information provided is true, correct and complete and that all income has been reported. Program staff may verify information on this application.

*Yo certifico que toda la informacion es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verifica la informacion en esta aplicacion.*

- I understand that my child will need a current health assessment and immunization record within 30 days of enrolling in the program.

*Entiendo que mi nino/a necsitara un examen medico antes de asistir al programa.*

- I understand that my child may be placed on a waiting list.

*Entiendo que mi nino/a podría ser puesto/a en lista de espera.*

- I give permission for the NC Pre-K site my child attends to share my child's developmental screening and formative assessment results with Buncombe Partnership for Children.

*Yo doy permiso para que del Pre-K de NC en el lugar donde mi niño/a va, compartan los resultados de la evaluación de la prueba del desarrollo formativo con el Buncombe Partnership for Children.*

Adult Signature/Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Today's Date/Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only - Dual Signature Verification**

Site Enrollment Coordinator:

NC Pre-K Coordinator:

**Income eligibility for NC Pre-K is determined by family size & gross income.**

*Elegibilidad de ingresos para NC Pre-Kinder se determina por el tamaño de la familia y el ingreso bruto.*

Family Size / Tamaño de familia	75% State Median Income / 75 % ingreso medio del estado
1	\$26,069
2	\$34,090
3	\$42,112
4	\$50,133
5	\$58,154
6	\$66,176

EFFECTIVE AUGUST 2015