

2018-2019 APPLICATION



Applying to the NC Pre-Kindergarten Program

Special Instructions

Please answer all questions on the child application by completing each section A-F.

Attach proof of the child's age: either a copy of a birth certificate, medical record, or Medicaid card.

Attach proof of the family's annual income: preferably income tax statements or a month of current pay stubs for each working parent caregiver.

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

Families will be notified about placement for their child starting in May.

Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program.

Incomplete applications or applications without the requested documentation will not be considered.

Return the completed child application and supporting documentation to: Buncombe Partnership for Children, Attn. NC Pre-K, 2229 Riverside Drive, Asheville, NC 28804.

[Continue to next page]

Para la inscripción del programa de NC Pre-Kindergarten Program

Instructions Especiales

Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño a, llenando cada sección desde A-F.

Adjunte una prueba de la edad del niño a: como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.

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.

Entiendo que mi niño a necesitara un examen medico antes de asistir al programa.

A las familias se les avisará para el cupo de sus niños a principios del mes de Mayo.

Los niños que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados del niño tendrán preferencia en la colocación del programa NC Pre-K.

Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación pedida no va a ser considerada.

Devuelva la solicitud llena y la documentación adjunta solicitada a: Buncombe Partnership for Children, Attn. NC Pre-K, 2229 Riverside Drive, Asheville, NC 28804.

[Continuar a la pagina siguiente]

2018-2019 APPLICATION



NC Pre-K classrooms are currently approved at the following sites:

- Asheville City Schools (child must live in the Asheville City Schools District)
 - Asheville City Schools Preschool (West Asheville)
 - Hall Fletcher Elementary (West Asheville)
 - Ira B Jones Elementary (North Asheville)
 - Isaac Dickson Elementary (North Asheville)

- Christine W. Avery Learning Center (North Asheville)

- Eliada Child Development Center (West Asheville)

- Verner Center for Early Learning (East Asheville)

- Head Start (Families must apply directly to Head Start)
25 Gaston Street, Asheville, 28801
(828) 252-2495

Clases actualmente aprobadas para el NC Pre-K se encuentran en las siguientes direcciones:

- Asheville City Schools (El niño a tiene que vivir en el Distrito de Asheville City Schools)
 - Asheville City Schools Preschool (West Asheville)
 - Hall Fletcher Elementary (West Asheville)
 - Ira B Jones Elementary (North Asheville)
 - Isaac Dickson Elementary (North Asheville)

- Christine W. Avery Learning Center (North Asheville)

- Eliada Child Development Center (West Asheville)

- Verner Center for Early Learning (East Asheville)

- Head Start (Las familias tienen que aplicar directamente a Head Start)
25 Gaston Street, Asheville, 28801
(828) 252-2495

2018-2019 APPLICATION

A: CHILD INFORMATION | NIÑO INFORMACIÓN

Child's Full Name <i>Nombre Completo del Niño</i>		Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Child's Street Address <i>Domicilio</i>	City <i>Ciudad</i>	NC	ZIP <i>Codigo Postal</i>
Child's Gender <i>Género del Niño</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Niño</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Niña</i>	
Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) <i>La Raza/La Naturaleza del Niño (Marque Todo Lo Que Corresponda)</i> <input type="checkbox"/> White or European American <i>Blanco or Americano Europeo</i> <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <i>Americano Indio/Nativo de Alaska</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <i>Nativo del Hawái de las Islas del Pacífico</i> <input type="checkbox"/> Black or African American <i>Negro o Americano Africano</i> <input type="checkbox"/> Asian <i>Asiático</i>			
Hispanic? <i>¿Hispano?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
What language does the child speak at home? <i>¿Qué idioma habla el niño en casa?</i>			
Is child currently attending a child care, preschool or half-day program? <i>¿El niño está actualmente asistiendo a un cuidado para niños o en un programa de medio tiempo?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
If yes, what is the name of the program? <i>Si es así, ¿cuál es el nombre del programa?</i>			
Has the child ever been in a child care/preschool setting? <i>¿Alguna vez ha estado en niño en un centro de cuidado de niños?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Does the child receive a child care subsidy voucher? <i>¿Tiene su hijo a subsidio paracuidado de niños?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
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? <i>¿Es al menos uno de los padres o cuidadores legales miembro de las fuerzas armadas, o ha sido el padre or cuidador legal del niño gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Which of the following additional factors apply to this child? (Check all that apply) <i>¿Cuál de los siguientes factores adicionales se aplican a este niño? (Marque lo que corresponda)</i> <input type="checkbox"/> Identified disability (indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP) <i>Discapacidad identificada (indicado po el niño que tiene un actual Plan Individualizado de Educación – IEP)</i> <input type="checkbox"/> Chronic health conditions (indicated by a health care provider, e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc.) <i>Condiciones crónicas de salud (indicado por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia de células falciformes, cáncer, VIH, etc.)</i> <input type="checkbox"/> Developmental educational need (as indicated by the child's performance results on a developmental screening) <i>Necesidad del desarrollo educativo (indicado por el resultado de rendimiento en un examen de desarrollo del niño)</i>			



2018-2019 APPLICATION

B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION | FAMILIA/GUARDIAN INFORMACIÓN

PARENT/GUARDIAN NAME #1 | NOMBRE DEL PADRES O GUARDIAN #1:

Gender <i>Género</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Femenina</i>
Relationship to Child <i>Parentesco del Niño</i>	<input type="checkbox"/> Mother <i>Madre</i>	<input type="checkbox"/> Father <i>Padre</i>
<input type="checkbox"/> Other, please specify <i>Otro, especifique por favor:</i>		
Phone Number <i>Teléfono:</i>	Work Phone Number <i>Empleada Teléfono:</i>	

E-mail 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 High School/GED | *Asistiendo Escuela Secundaria*

If employed, how often do you receive a paycheck | *Isi está trabajando, cuán a menudo recibe su cheque.*

- Monthly | *Mensual* Twice Monthly | *Quincenal* Weekly | *Semanal* Bi-Weekly | *Cada dos Semanas*

PARENT/GUARDIAN NAME #2 | NOMBRE DEL PADRES O GUARDIAN #2:

Gender <i>Género</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Femenina</i>
Relationship to Child <i>Parentesco del Niño</i>	<input type="checkbox"/> Mother <i>Madre</i>	<input type="checkbox"/> Father <i>Padre</i>
<input type="checkbox"/> Other, please specify <i>Otro, especifique por favor:</i>		
Phone Number <i>Teléfono:</i>	Work Phone Number <i>Empleada Teléfono:</i>	

E-mail 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 High School/GED | *Asistiendo Escuela Secundaria*

If employed, how often do you receive a paycheck | *Isi está trabajando, cuán a menudo recibe su cheque.*

- Monthly | *Mensual* Twice Monthly | *Quincenal* Weekly | *Semanal* Bi-Weekly | *Cada dos Semanas*



2018-2019 APPLICATION

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.)

<input type="checkbox"/> Income before taxes <i>Sueldo bruto antes de impuestos</i>	\$
<input type="checkbox"/> Alimony <i>Manutencion</i>	\$
<input type="checkbox"/> Child support <i>Mantenimiento del niño</i>	\$
<input type="checkbox"/> Workers Comp <i>Compensacion del trabajador</i>	\$
<input type="checkbox"/> Unemployment <i>Desempleo</i>	\$
<input type="checkbox"/> SSI/TANF/Work First <i>Seguro Social-SSI/TANF/Work First</i>	\$
<input type="checkbox"/> What is the family's total Annual Gross Income (before taxes?) <i>¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)</i>	\$

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

- Both Parents | *Padres*
 Other, please specify | *Otro, especifique por favor:*
 Father Only | *Padre Solo*
 Mother Only | *Madre Solo*

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/guidadores del niño.*

1. Name Nombre	5. Name Nombre
Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>	Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
2. Name Nombre	6. Name Nombre
Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>	Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
3. Name Nombre	7. Name Nombre
Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>	Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
4. Name Nombre	8. Name Nombre
Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>	Relationship to Child <i>Relacion con Niña(o)</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>

2018-2019 APPLICATION

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 | Sí No | No

If Yes, please explain | *Si dijo sí, por favor explique:*

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

- Yes, Continue on with the remaining questions | *Sí, Continúe con las preguntas siguientes*
 No, Skip to the certification/signature section | *No, 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)*

- Autistic | *Autista*
 Hearing Impaired | *Discapacidad Auditiva*
 Orthopedically Impaired | *Discapacidad Ortopédica*
 Severely/Profoundly Mentally Disabled | *Muy Severa Discapacidad Mental*
 Speech/Language Impaired | *Habla/Discapacidad de Lenguaje*
 Visually Impaired | *Discapacidad Visual*
 Behaviorally/Emotionally Disabled | *Discapacidad Emocionalmente*
 Multi-Handicapped (please explain) | *Discapacidad Múltiple*
 Preschool/Persistent Developmentally Delayed | *Preescolar/Persistente Retraso en el Desarrollo (PDD)*
 Other Health Impaired | *Otros Problemas de Salud*

Has the child been referred for services? | *¿El niño ha sido recomendado para asistencia?*

Yes | Sí No | No

Is this child receiving services related to the disability? | *¿Esta este niño recibiendo asistencia relacionada a la discapacidad o discapacidades?*

Yes | Sí No | 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 | Sí No | No



2018-2019 APPLICATION

D: NC PRE-K LOCATION CHOICES | LUGARES DE OPCIÓN DEL PRE-K DE NC

1st Choice <i>1ra Opción</i>	2nd Choice <i>2ra Opción</i>	3rd Choice <i>3ra Opción</i>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

E: ADDITIONAL INFORMATION | INFORMACIÓN ADICIONAL

Please share any additional information you think is important regarding your child, family, or other circumstances affecting your family. | *Por favor comparte cualquier información adicional que considere importante con respecto a su hijo, familia u otras circunstancias que afecten a su familia.*

F: CERTIFICATION & SIGNATURE | CERTIFICACIÓN & FIRMA

By signing this form, 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. | *Firmando ésta Aplicación: Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verifica la información en esta aplicación.*

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 NC en el Lugar Donde mi Niño a va, compartan loa 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 for Completed Applications

Site Enrollment Coordinator: _____

NC Pre-K Coordinator: _____

Income eligibility for nc pre-k is determined by family size and gross income.

Elegibilidad de ingresos para nc pre-kinder se determina por el tamaño de la familia y el ingreso bruto.

Family Size <i>Tamaño de familia</i>	1	2	3	4	5	6
75% State Median Income <i>75% ingreso medio del estado</i>	\$27,300	\$35,700	\$44,100	\$52,500	\$60,900	\$69,300

Effective October 2016