



## 2025-2026 Aplicación de NC Pre-K para Niños

actualizado 01/2025

*Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con:  
Arlene Owens: correo electrónico [aowens@orangesmartstart.org](mailto:aowens@orangesmartstart.org) Teléfono#984-677-2211*

*Enviar o entregar en esta dirección 402 Millstone Drive Suite 300, Hillsborough, NC 27278.*

**Esta página es sólo para uso administrativo. Padres, comiencen en la página 2.**

Date application was received \_\_\_\_\_

Application complete:

- NC Pre-K child application
- Proof of age
- Proof of Residency
- Income verification
- Immunization records
- Kindergarten Health Assessment
- Developmental Screening
- IFSP or IEP if applicable

|  |
|--|
| <p><b>Name:</b></p><br><br><p><b>Placed:</b></p> |
|--|

## Información del niño

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Se debe presentar un documento **para verificar la edad.**

Raza/etnicidad del niño (marque al menos uno y todos los que correspondan)

Hispano  Si  No

Blanco/ Americano Europeo  Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico

Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  Asiático

Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Si  No  Confirmado por el padre/tutor

Es el niño residente de Carolina del Norte?  Si  No

Condado de residencia: \_\_\_\_\_ **Si no es de Orange, justifíquelo en un documento adjunto.**

¿Con quién vive el niño/a?  Ambos Padres  Solamente con la Madre  Solamente con el Padre  Parejas casadas  Ambos padre y padrastro/ madrastra  Custodio Legal

Guardián/ Tutor Legal  Otro, especifique \_\_\_\_\_

Si el menor vive con alguien que no sea un familiar que tenga la custodia legal o la tutela, ¿hay documentos en el expediente?  Si  No  N/A

Tamaño total de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número total de adultos que viven en el hogar del niño

\_\_\_\_\_ Número total de adultos que contribuyen a los ingresos del hogar del niño

\_\_\_\_\_ Número total de hijos menores que viven en el hogar del niño

### Categorically Eligible

|   |   |
|---|---|
| Este niño/familia experimenta alguna de las siguientes situaciones: | <input type="checkbox"/> Personas sin hogar<br><input type="checkbox"/> En cuidado de crianza temporal<br><input type="checkbox"/> Recibiendo servicios para refugiados |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>Recibiendo Asistencia Pública:</p><br><br><br><br><p><b>La documentación de la fecha de inicio/finalización de la ayuda debe presentarse en lugar de los documentos de ingresos.</b></p> | <input type="checkbox"/> WIC<br><input type="checkbox"/> Vivienda pública<br><input type="checkbox"/> TANF/Work First<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> SSI<br><input type="checkbox"/> Servicios de Alimentación y Nutrición (Cupones de alimentos - Food Stamps)<br><input type="checkbox"/> SNAP |
|---|--|

¿Existen factores de riesgo adicionales que se apliquen a este niño? **Marque sí o no para cada factor.**

|  |
|--|
| <p>Dominio limitado del inglés (LEP): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Condición de salud crónica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, explique:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Necesidades de desarrollo/educativas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, explique: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--|

## Información del niño

Inscripción previa del niño en Guardería:

- El niño nunca ha sido atendido en ningún entorno preescolar o de cuidado infantil.
- El niño actualmente no recibe servicios.
- El niño está en una guardería no regulada.
- El niño no recibe subsidio, pero está en un programa regulado de cuidado infantil /preescolar.
- El niño recibe subsidio y está en un programa de cuidado infantil o preescolar regulado.

¿El niño fue atendido anteriormente en una guardería cuando tenía tres años?

- Si
- No

¿Tiene el niño un IEP activo?  Si  No Si la respuesta es si, fecha del IEP \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tipo de discapacidades identificadas para este niño (marque todas las que correspondan):

- Autismo
- Sordo-ciego
- Discapacitado conductual / emocional
- Discapacitado mental educable
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad específica de aprendizaje
- Múltiples discapacidades
- N/A
- Discapacidad ortopédica
- Discapacidad del habla/lenguaje
- Discapacidad visual.
- Retrasado mental entrenable
- Lesiones cerebrales traumáticas
- Retraso en el desarrollo preescolar.
- Otros problemas de salud

¿Se ha remitido al niño a algún servicio?  Si  No

Tipo de discapacidades identificadas para este niño (marque todas las que correspondan):

- Autismo
- Sordo-ciego
- Discapacitado conductual / emocional
- Discapacitado mental educable
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad específica de aprendizaje
- Múltiples discapacidades
- N/A
- Discapacidad ortopédica
- Discapacidad del habla/lenguaje
- Discapacidad visual.
- Retrasado mental entrenable
- Lesiones cerebrales traumáticas
- Retraso en el desarrollo preescolar.
- Otros problemas de salud

**Enumere todos los nombres, fechas de nacimiento y relación con el niño de preescolar de todas las personas que viven en el hogar a continuación. (Padres, padrastros, parejas, tutores, custodios, hermanos, hermanastros o hermanastras, no parientes)**

| Otros miembros dentro del hogar |                     |                               |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Nombre                          | Fecha de nacimiento | Relación con el niño de Pre-K |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |
|                                 |                     |                               |

**Información de contacto del padre/tutor 1:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: NC Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Información de contacto del padre/tutor 2:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: NC Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Relación con el niño: \_\_\_\_\_

¿Al menos uno de los padres o tutor legal de este niño es miembro en servicio activo del ejército, o uno de los padres o tutor legal de este niño resultó gravemente herido o murió mientras estaba en servicio activo?  Si  No

**Información del padre/tutor 1 *La elegibilidad de ingresos debe tener documentación de respaldo.***

¿Empleado?  Si  No  
¿Buscando empleo?  Si  No  
¿En la educación postsecundaria?  Si  No  
¿En la escuela secundaria o en un programa de GED?  Si  No  
¿En el entrenamiento laboral?  Si  No  
¿Otro empleo?  Si  No Si si, explique: \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor 1 Ingresos**

**Salarios actuales ANTES Impuestos:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  
 Bimensual  Semanal  Diario  Sin ingresos

**Manutención de los hijos:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Bimensual  
 Semanal  Diario  No Seleccionado

**Desempleo:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Bimensual  Semanal  Diario  
 No Seleccionado

**SSI/TANF/Work First:** \$ \_\_\_\_\_  Annual  Mensual  Bimensual  Semanal  
 Diario  No Seleccionado

**Parent/Guardian 2 Information**

¿Empleado?  Si  No  
¿Buscando empleo?  Si  No  
¿En la educación postsecundaria?  Si  No  
¿En la escuela secundaria o en un programa de GED?  Si  No  
¿En el entrenamiento laboral?  Si  No  
¿Otro empleo?  Si  No Si si, explique: \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor 2 Ingresos**

**Salarios actuales ANTES Impuestos:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  
 Bimensual  Semanal  Diaria  Sin ingresos

**Manutención de los hijos:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Bimensual  
 Semanal  Diario  No Seleccionado

**Desempleo:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Bimensual  Semanal  Diario  
 No Seleccionado

**SSI/TANF/Work First:** \$ \_\_\_\_\_  Annual  Mensual  Bimensual  Semanal  
 Diario  No Seleccionado

Se debe declarar cualquier fuente adicional de ingresos que contribuya al hogar. **Ingreso total del hogar:** \$ \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla e incluir mi número de celular, código postal y fecha de nacimiento de mi(s) hijo(s), reconozco que me inscribiré en un servicio de mensajes de texto para recibir mensajes de texto sobre recursos y eventos para familias con niños de 0 a 8 años de edad de Bright by Text. También entiendo que puede cancelar mi suscripción a estos mensajes en cualquier momento. <https://brightbytext.org/Privacy-Policy>

### **Certificación del Solicitante/Representante Autorizado**

*Certifico que la información que he proporcionado es precisa y completa a mi leal saber y entender. Con mi firma y la presentación de la documentación solicitada, otorgo permiso a Orange County Partnership for Young Children para ingresar la información en el Sistema de datos estatales para niños de NC Pre-K como solicitud de elegibilidad para el programa NC Pre-K.*

X

---

**Firma de los padres/tutores (Requerido)**

**Fecha**

X

---

**Firma del testigo (Requerido)**

**Fecha**

***Se requiere la firma del testigo***