



2026-2027 Aplicación de NC Pre-K para Niños

actualizado 01/2026

*Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con:
Arlene Owens: correo electrónico 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

Name:

Placed:

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

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

<p>Recibiendo Asistencia Pública:</p> <p>La documentación de la fecha de inicio/finalización de la ayuda debe presentarse en lugar de los documentos de ingresos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> TANF/Work First <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Servicios de Alimentación y Nutrición (Cupones de alimentos - Food Stamps) <input type="checkbox"/> SNAP
---	--

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

Dominio limitado del inglés (LEP): ☐ Si ☐ No

Condición de salud crónica: ☐ Si ☐ No Si es si, explique:

Necesidades de desarrollo/educativas ☐ Si ☐ No Si es si, explique:

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):

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

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

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

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

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