



Orange County Partnership  
for Young Children

a partner in the  
Smart Start network 

## 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 parent/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 <input type="checkbox"/> En cuidado de crianza temporal <input type="checkbox"/> Recibiendo servicios para refugiados
---	---

Recibiendo Asistencia Pública:  <b>La documentación de la fecha de inicio/finalización de la ayuda debe presentarse en lugar de los documentos de ingresos.</b>	<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)

### Información de contacto del parent/guardián 1:

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

## Información de contacto del parent/guardián 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***