



TODAS las preguntas deben ser respondidas para que su solicitud sea procesada.

Por favor marque todos los programas para los cuales está aplicando:

- Elegibilidad para NCPK:**
 - El niño o la niña debe tener cuatro años para el **31 de agosto de 2024** o antes
 - Los ingresos familiares y otros factores de elegibilidad se considerarán según las pautas establecidas por la Oficina de Head Start
 - Se debe presentar la documentación completa para determinar la elegibilidad.

- Elegibilidad para Head Start:**
 - El niño o la niña debe tener tres o cuatro años para el **31 de agosto de 2024** o antes
 - Los ingresos familiares y otros factores de elegibilidad se considerarán según las pautas establecidas por la Oficina de Head Start
 - **Las familias interesadas deben asistir a una cita de solicitud en Quaker Meadows Generations (828-438-6255) o Circle of Friends (828-879-2367).**
 - *Los(as) solicitantes que solo estén interesados(as) en Head Start seleccionarán Quaker Meadows Generations o Circle of Friends como su primera opción.

- Pago Privado: por favor tenga en cuenta que no todas las secciones deben completarse.**

Documentos - Los formularios completados **DEBEN** incluir firmas e iniciales según sea necesario, así como todos los siguientes documentos para ser considerados:

- Solicitud de NCPK/Head Start del Condado de Burke con TODOS los campos completados
- Copia del Certificado de Nacimiento del niño o de la niña
- Plan de Educación Individual/Plan de Servicio Familiar Individual - IEP/IFSP (si corresponde)
- Copia de los documentos de tutela/custodia Legal (si corresponde)
- Otro (carta del médico o terapeuta que actualmente brinda servicios al(a) niño(a))
- Comprobante de ingresos (al menos uno de los siguientes - **No para Solicitantes de Pagos Privados**):
 - Comprobantes de sueldo de los últimos dos meses
 - Declaración de impuestos del año anterior incluyendo los W2 y los 1099
 - Estado de cuenta bancaria actual que muestre consignaciones directas para manutención de menores y/o pensión alimenticia
 - Carta de beneficios (Ingresos del Seguro Social, Beneficios de la Administración de Veteranos, etc.)
- Reciben Asistencia Pública (para familias de 8 personas o menos), incluido cualquiera de los siguientes:
WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Servicios de Alimentos y Nutrición (cupones de alimentos), SNAP

La información puede ser enviada por fax de terceros a Smart Start al 828-439-2333.

Nombre completo del(a) niño(a) _____

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Dirección del(a) niño(a) _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Fecha de nacimiento del(a) niño(a): Mes _____ día _____ año _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Alternativo _____

Nombre del(a) Niño(a) _____ I. Seg. Nom. _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor marque todas las casillas que correspondan y/o complete todas las preguntas:

Sexo del(a) Niño(a)	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
¿Su hijo(a) es hispano(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condado de Residencia	<input type="checkbox"/> Burke <input type="checkbox"/> Otro
Raza (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi-racial <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra
¿Su hijo(a) es residente de NC?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo(a) es ciudadano(a) estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El(La) niño(a) vive con:	<input type="checkbox"/> Solo Madre <input type="checkbox"/> Solo Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre (incluye padrastros y madrastras) <input type="checkbox"/> Custodio/Tutor(a) Legal (por favor proporcione documentación legal) <input type="checkbox"/> Hogar Adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cuál idioma usa más frecuentemente su hijo(a) para comunicarse?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cuál(es) idioma(s) se usa(n) con frecuencia en su casa?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
El(La) niño(a)/familia está siendo atendido(a) actualmente por los Servicios de Protección Infantil?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, actualmente reside con uno o ambos padres <input type="checkbox"/> Sí, actualmente en Cuidado de Crianza (favor proporcione documentación legal) <input type="checkbox"/> Estoy cuidando un(a) niño(a) que está esperando la asignación de cuidado de crianza.
Seleccione todos los que correspondan al estado familiar actual del(a) niño(a):	<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos/SNAP <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> IEP/IFSP <input type="checkbox"/> En cuidado de crianza <input type="checkbox"/> En cuidado de pariente <input type="checkbox"/> Esperando un bebé <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> TANF/Trabajar Primero <input type="checkbox"/> SSI **Debe proporcionar documentación/cartas de adjudicación.**
¿Su familia no tiene hogar (temporalmente viviendo con amigos/familia o en refugio/automóvil/hotel, o no tiene una residencia permanente)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, más de 12 meses <input type="checkbox"/> Sí, menos de 12 meses Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> En su propia casa, casa alquilada o apartamento <input type="checkbox"/> En un hotel o motel <input type="checkbox"/> Con amigos o familiares – Explique: _____ _____ <input type="checkbox"/> En otras circunstancias – Explique: _____ _____ <input type="checkbox"/> Hospital 30 días o menos

No tengo hogar o una residencia permanente y doy permiso a Head Start (Blue Ridge Community Action), Smart Start y/o a las Escuelas Públicas del Condado de Burke para hacer un referido para servicios.

Firma _____ Fecha _____

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

	Dirección del(a) Padre/Madre	Teléfono del(a) Padre/Madre	Correo electrónico (las notificaciones se enviarán por correo electrónico)
Nombre de la Madre/Tutor(a): _____	<input type="checkbox"/> Igual que el/(la) niño(a) <input type="checkbox"/> Otra _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre del Padre/Tutor(a): _____	<input type="checkbox"/> Igual que el/(la) niño(a) <input type="checkbox"/> Otra _____ _____	_____ <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Nombre del Contacto Alternativo: _____		Teléfono(s) del Contacto Alternativo: _____	Correo Electrónico del Contacto Alternativo: _____

Por favor enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar (padres, e hijos dependientes, incluido el(a) niño(a) solicitante de NC Pre-K) – **Nota: No se requiere para solicitantes de Pago Privado.**

Nombre Adultos casados, incluidos padrastros, madrastas y todos los hijos(as) dependientes menores de 18 años	Fecha de Nacimiento	Edad Actual	Relación con el(a) niño(a)

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

Desarrollo del(a) Niño(a) (requerido para todos los solicitantes):

<p>¿Tiene su hijo(a) un desafío físico o enfermedad crónica?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> obesidad <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>_____</p>	<p>Se requiere un diagnóstico médico. La verificación del médico de su hijo(a) debe ser provista con la solicitud.</p>
<p>¿Tiene su hijo(a) una necesidad de desarrollo o educativa?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p>	
<p>¿Ha sido su hijo(a) referido(a) para una prueba para determinar si servicios de educación especial se requieren (Habla, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, y/o Terapia de Juego)?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por favor háganos saber si su hijo(a) está recibiendo servicios privados de cualquier tipo. Se pueden proporcionar evaluaciones recientes o Notas de Progreso con su solicitud como verificación.</p>
<p>¿Recibe su hijo(a) servicios para una necesidad de desarrollo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique:</p> <p>_____</p>	
<p>¿Tiene su hijo(a) un IEP (Plan de Educación Individualizado) o un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado)?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, incluya Copia) <input type="checkbox"/> IEP con las Escuelas del Condado de Burke <input type="checkbox"/> IEP no está con las Escuelas del Condado de Burke y los padres proporcionarán una copia con la solicitud.</p>	<p>Si su hijo(a) está bajo un IEP a través de las Escuelas del Condado de Burke, no tiene que proporcionar una copia. La verificación será completada por las Escuelas Públicas del Condado de Burke.</p>
<p>¿Es al menos uno de los padres/tutores del(a) niño(a) actualmente un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; ordenado a deber activo dentro de los últimos 18 meses o se espera que se le ordene dentro de los próximos 18 meses; o ha sido herido de gravedad o muerto en deber activo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, por favor proporcione documentación)</p>	

Proveedor de Cuidado Infantil Actual (debe completarse; sin embargo, no se requiere para el Pago Privado):

<p>Mi hijo(a) ha asistido a un centro de cuidado infantil u hogar familiar de cuidado infantil.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Asistiendo actualmente, pagado por la familia <input type="checkbox"/> Asistiendo actualmente, pagado por el bono de subsidio <input type="checkbox"/> Asistió previamente, pero actualmente no está Inscrito(a)</p>	<p><input type="checkbox"/> Subsidio solicitado y en la lista de espera <input type="checkbox"/> No soy elegible para el subsidio</p>
--	--	--

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

Estado de Empleo del(a) Padre/Madre/Tutor

Nota: No se requiere para solicitantes de Pago Privado.

	Madre/Tutora	Padre/Tutor
Empleado(a)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Salario \$_____ por hora Nombre del(a) empleador(a): _____ Cuantas horas trabajadas por semana _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Salario \$_____ por hora Nombre del(a) empleador(a): _____ Cuantas horas trabajadas por semana _____
Trabaja por cuenta propia	Detalles del trabajo/explicación: _____	Detalles del trabajo/explicación: _____
Estado Educativo del Padre y de la Madre	<input type="checkbox"/> High School GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Entrenamiento Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> High School GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Programa de Entrenamiento Laboral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Desempleado(a), buscando empleo	<input type="checkbox"/> Estoy desempleada y no tengo ingresos. Por favor complete y firme la declaración debajo de este cuadro. <input type="checkbox"/> Si corresponde, describa cualquier cambio de ingresos en los últimos 12 meses (¿Despido? Si es así, ¿hace cuánto tiempo? ¿Desempleada? Si es así, ¿hace cuánto tiempo?)	<input type="checkbox"/> Estoy desempleado y no tengo ingresos. Por favor complete y firme la declaración debajo de este cuadro. <input type="checkbox"/> Si corresponde, describa cualquier cambio de ingresos en los últimos 12 meses (¿Despido? Si es así, ¿hace cuánto tiempo? ¿Desempleado? Si es así, ¿hace cuánto tiempo?)
Nivel más Alto de Educación	<input type="checkbox"/> Menos que el Diploma/GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de High School <input type="checkbox"/> Grado de 2 Años <input type="checkbox"/> Grado de 4 Años <input type="checkbox"/> Maestría/Más Alto	<input type="checkbox"/> Menos que el Diploma/GED <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de High School <input type="checkbox"/> Grado de 2 Años <input type="checkbox"/> Grado de 4 Años <input type="checkbox"/> Maestría/Más Alto

Ingresos de la Madre/del Padre/Tutor(a) – Se requiere documentación de cada fuente aplicable de ingresos familiares. Se requiere un mes de recibos de sueldo como verificación. (Nota: No se requiere para solicitantes de pago privado.)

Si corresponde, mi ingreso actual es de \$0. He tenido ingresos de \$0 desde _____ (fecha cuando empezaron los \$0 ingresos).

Firma de la Madre _____ Fecha _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

		Ingresos de la Madre	Ingresos del Padre
Salario antes de impuestos	\$_____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Alimenticia	\$_____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los Hijos	\$_____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Compensación Laboral	\$_____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$_____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

Work First/ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguridad Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Seguridad Social/ Invalidez	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Beneficios de VA	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Pensión/Añualidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Apoyo Familiar	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal
Otro: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semanal

Describe cualquier circunstancia familiar inusual que deba considerarse para la inscripción de este(a) niño(a) (es decir, abuso de sustancias, padre o madre encarcelados o liberados hace menos de 6 meses, violencia doméstica, enfermedad física o mental en el hogar). Puede usar una hoja de papel adicional.

Por favor lea atentamente, ponga sus iniciales en cada párrafo, firme y ponga la fecha en la última página:

_____ Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que se proporciona información para documentar la elegibilidad para recibir fondos del programa. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales aplicables.

_____ Entiendo que la ubicación fuera del distrito no garantiza la ubicación en el kínder en el siguiente año escolar.

_____ Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado(a) para participar, la participación familiar es esencial. Mi familia cooperará con los programas para presentar la documentación necesaria y la solicitud de servicios adicionales.

_____ Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de mi familia.

_____ Entiendo que mi hijo(a) recibirá una evaluación de desarrollo y doy permiso para que mi hijo(a) también reciba evaluaciones de visión, audición, odontología y/o habla y lenguaje.

_____ Entiendo que si hay un cambio en la dirección, número de teléfono o asistencia de mi hijo(a) en cualquier tipo de cuidado con licencia, es mi responsabilidad notificar al programa e informarles de cualquier cambio.

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

_____ Entiendo que mi hijo(a) necesitará una evaluación de salud vigente (menos de un año de antigüedad al día de inscripción a la escuela) que incluya visión, audición, registro de vacunación y examen dental, dentro de los 30 días que asista a un programa. (El formulario de Transmisión de Salud está disponible en la mayoría de los consultorios médicos del Condado de Burke, así como en <https://www2.ncdhhs.gov/dph/wch/doc/aboutus/HAFForm2016.pdf>)

_____ Proporcionaré consentimiento por escrito para que el Centro de Cuidado Infantil obtenga registros médicos e informes de vacunación.

_____ Doy permiso para que el nombre, la imagen, el retrato, la figura o la voz de mi hijo(a) se utilicen con el propósito de hacer mostrarios, álbum de recortes, artículos de periódico, transmisión televisiva, publicación en sitios web de programas de Pre-K y/o materiales impresos para uso de los programas NC Pre-K en el condado de Burke.

_____ Entiendo que, si mi hijo(a) es aceptado(a) en el Programa de Pre-Kindergarten de NC y/o Head Start, la asistencia regular es necesaria para el pleno beneficio del programa. No mantener una asistencia regular podría poner en peligro su ubicación en el programa.

Ubicación Preferida – Por favor enumere su primera, segunda y tercera opción para la ubicación utilizando los números 1, 2 y 3.

Si bien se hará todo lo posible para ubicar a los(as) niños(as) elegibles en las ubicaciones preferidas, no podemos garantizar su primera elección. La inscripción previa en un programa no garantiza la ubicación en ese mismo sitio.

Los siguientes sitios están sujetos a cambios debido a fondos y disponibilidad.

***Los solicitantes que solo estén interesados en Head Start seleccionarán Quaker Meadows Generations o Circle of Friends como su primera opción.**

Clasifique su preferencia (1-3) de la lista a continuación:

Centros Comunitarios con Head Start y NC Pre-K				
	Circle of Friends (Head Start y NCPK) 240 Bravard St. Rutherford College			QM Generations (Head Start y NCPK) 800 N. Green St. Morganton
Centros Comunitarios de Cuidado Infantil – NC Pre-K				
	Creative Beginnings 113 Bost Rd. Morganton		Giggles N Grins 402 Mountain View Dr. Morganton	Giggles N Grins 3 525 Hopewell Rd. Morganton
Escuelas Públicas del Condado de Burke: NC Pre-K y Pago Privado				
	Drexel Pre-K 100 Alta Vista St. Morganton		Forest Hill Pre-K 304 Ann Street Morganton	George Hildebrand Pre-K 8078 George Hildebrand School Rd. Connelly Springs
	Glen Alpine Pre-K 302 London St. Morganton		Hildebran Pre-K 703 US Hwy 70 Hildebran	Hillcrest Pre-K 201 Tennessee St. Morganton
	Icard Pre-K 3087 Icard School Rd. Connelly Springs		Mountain View Pre-K 805 Bouchelle Street Morganton	Mull Pre-K 1140 Old NC 18 Morganton
	Oak Hill Pre-K 2363 NC Hwy 181 Morganton		Ray Childers Pre-K 1183 Cape Hickory Rd. Hickory	Salem Pre-K 1329 Salem Rd. Morganton
	Valdese Pre-K 298 Praley St. NW Valdese		W. A. Young Pre-K 325 Conley Rd. Morganton	

Si es aceptado(a) en el programa Head Start o Comunitario, ¿su hijo(a) necesitaría cuidado antes o después de la escuela? Sí No

Estoy interesado(a) en ser voluntario(a) en la escuela/aula de mi hijo(a). Yo puedo preparar materiales para el aula compartir una tradición familiar leerles a los estudiantes hablar y responder preguntas sobre mi trabajo ayudar durante las celebraciones servir en un comité/consejo.

Nombre del(a) niño(a) _____ I.S.Nom. _____ Apellido _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre(s) _____

Si su hijo(a) actualmente asiste a un programa de cuidado infantil, o escuela, por favor indique a continuación el nombre del plantel:

NOTA: Se dará prioridad a los estudiantes que actualmente no están inscritos en un centro de cuidado infantil de cuatro o cinco estrellas.

Transporte y Cuidado Antes y Después de la Escuela

Los Servicios de Transporte y Cuidado Antes y Después de la Escuela no están incluidos en los programas NC Pre-K o Head Start. El día escolar típico es de 7:50 a.m. a 2:30 p.m. Los padres o madres son responsables de hablar con el sitio de ubicación de Pre-K de NC para recibir información sobre la disponibilidad y las tarifas de atención antes y después de la escuela, si corresponde.

_____ Entiendo que la asistencia puntual es una expectativa del programa.

_____ Entiendo que mi hijo(a) debe ser recogido(a) por la tarde a la hora designada.

_____ Entiendo que, al completar esta solicitud, mi hijo(a) no tiene garantizada la ubicación y que él/ella puede quedar en una lista de espera. La ubicación depende de la disponibilidad de fondos de NC Pre-K que sean apropiados cada año por la asamblea general de Carolina del Norte durante la sesión legislativa.

_____ Certifico que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y completa. Entiendo que la información es proporcionada para documentar la elegibilidad para el Programa NC Pre-K. El personal del programa puede verificar la información provista. La tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales aplicables.

Firma del(a) Padre/Madre/Tutor(a): _____ Fecha: _____

(Mi firma en este formulario indica que toda la información es verdadera y correcta.)

Relación con el(a) niño(a): _____

****TODAS las preguntas deben completarse para que su hijo(a) sea considerado(a). Por favor verifique para confirmar que no quedaron preguntas sin responder.**

Si tiene dificultades con alguna parte de esta solicitud, por favor contáctenos.

¿Cómo se enteró del programa NCPK? Anuncio en la Radio De alguien que conozco
 Redes sociales Notificación telefónica Avisos publicados Periódico Otro: _____

<p><u>Entregue o envíe por correo las solicitudes completadas a:</u> Burke County Public Schools Attn: Jacquie Grady 700 E. Parker Road Morganton, Nc 28655 o Burke County Smart Start Por Correo: PO Box 630 Morganto, NC 28680 Visita: 304 W. Union Street Morganton, NC 28655</p> <p>Las solicitudes también se pueden dejar en cualquier ubicación de NCPK.</p>	<p><u>Preguntas y Citas</u> Burke County Public Schools Jacquie Grady Teléfono: 828-502-9941</p> <p>Burke County Smart Start Teléfono: 828-439-2326</p> <p>Burke County Head Start Teléfono: 828-438-6255</p>
---	--