



Thank you for your interest in the North Carolina Pre-Kindergarten (NCPK) Program of Alexander County.
 Gracias por su interés en el programa de Pre-Kinder de Carolina del Norte, en el Condado de Alexander.

The North Carolina Pre-Kindergarten Program is a high-quality program that serves children who are at risk and prepares them for success in school. By filling out this application, it does not guarantee your child a placement in the program.
 El Programa de Pre-Kinder de Carolina del Norte es un programa de gran calidad que brinda servicios a los niños que están en riesgo y los prepara para que tengan éxito en la escuela. Completando esta aplicación no garantiza que su niño(a) tenga un cupo en el programa.

Eligibility: Child must be four years old **on or before August 31st** of the program year. Family Income and other eligibility factors may be considered based on guidelines set by the State of North Carolina. Documentation must be provided to determine eligibility.

Elegibilidad: El niño(a) debe tener cuatro años en o antes del 31 de Agosto del año escolar. Varios requisitos de elegibilidad, así como el ingreso familiar, son factores a considerar, basados en las normas establecidas por el estado de Carolina del Norte. Debe presentar la documentación requerida para determinar la elegibilidad.

How to submit your application:

Cómo presentar su solicitud:

Completed applications must include signatures and initials as needed, as well as the following documentation:
 Solicitudes completas deben incluir firmas e iniciales según sea necesario, junto con la documentación siguiente:

- Copy of Birth Certificate—Copia del acta de Nacimiento
- Current Proof of Income (check stubs, tax records, employer statement, etc.)— Comprobantes de ingresos recientes (talones de cheques, registros de impuestos, declaración del empleador, etc)
- Copy of Legal guardianship/custodial papers (if applicable)—Copia de los documentos de tutela legal (si aplica)

All items below must be received by the Alexander County Partnership for Children by August 25th, unless otherwise stated:
Todos los documentos a continuación deben ser recibidos por el Partnership for Children del Condado de Alexander el 25 de agosto o antes, a menos que se le haya indicado algo diferente.

- Children’s Medical Report (must include dental, hearing & vision)—(Completed within the last 12 months) – Valoración médica del Pre-Escolar (debe incluir dental, audición & visión) – (Completado durante los últimos 12 meses)
- Up to Date Immunization/Shot Record—Tarjeta de vacunación al día
- Other (**IEP, letter from doctor or therapist currently providing services to child**) - Otros (IEP, Carta del Doctor o Terapeuta que provea servicios al niño(a).

Drop off completed applications to:
Deje la solicitud completa en
 Alexander County Partnership for Children
 1565 NC Highway 90 West
 Taylorsville, NC 28681

Mail completed applications to:
Envíe por correo la solicitud completa a
 Alexander County Partnership for Children
 PO Box 1661
 Taylorsville, NC 28681

The Alexander County Partnership is open Monday- Thursday from 8:00 am-5:00 pm. The office is closed on Fridays.
The Alexander County Partnership abre de lunes a jueves de las 8 am a las 5 pm. La oficina no abre los viernes.

Please call 828-632-3799 or e-mail leah@alexanderchildren.org with any questions.

Por favor llame al teléfono 828-632-3799 o envíe un e-mail a leah@alexanderchildren.org si tiene preguntas.

This page intentionally left blank.



Alexander County NC Pre-K Application
Aplicación NC Pre-K del Condado de Alexander
 for children who will be four years old on or before August 31st
 para niños que tengan cuatros años cumplidos en o antes del 31 de agosto



Child's full name • *el nombre completo del niño(a)* _____

Please check one • *por favor marque uno:* boy/niño girl/niña

Child's date of birth • *fecha de nacimiento del niño(a):* month/mes _____ day/día _____ year/año _____

Demographics • *Demográficas, Ethnicity/etnia del niño(a):* please mark only one/*marque solo uno*

- Hispanic/Latino/*Hispano/Latino*
- Not Hispanic/Latino/*No Hispano/ No Latino*

Is child a US citizen? •
 Es el niño(a) un ciudadano Estadounidense?
 yes/sí no/no

Please mark all that apply • *Por favor marque todo lo que se aplica*

- White/European/*Blanco/Europeo*
- Native Hawaiian/Pacific Islander/*Nativo de Hawaii/Islas Pacificas*
- Native American/Alaskan/*Indio Americano/Nativo de Alaska*
- Black/African/*Negro/Africano*
- Asian/*Asiático*

Is child a North Carolina resident? •
 Vive el niño(a) en Carolina del Norte?
 yes/sí no/no

Address/ Dirección _____

County of Residence/ Condado de residencia _____

City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código postal

Phone/ Teléfono _____

E- mail address/ Correo electrónico _____

Alternate Number/ Número de teléfono alternativo _____

What Elementary school is your home address assigned to? • *¿Cuál es el nombre de la escuela primaria que le corresponde a su domicilio?* _____

Who does the child currently live with? If not parent, please list relationship to the Child. • *¿Con quién vive actualmente el niño (a)? Si no es con uno de sus padres, por favor indique el parentesco.*

Family size (include only parents and siblings under age 18 living in the same household as child) • *¿Cuántos miembros hay en la familia? (incluya solo padres, y hermanos menores de 18 años que viven en la casa con el niño(a))* _____

Please list all family members in household • *Apunte los nombres de los miembros de su familia que viven en su casa*

Name/Nombre	Birth date/Fecha de nacimiento	Relationship/Relación o parentesco

Is your family homeless (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)? • *¿Está sin hogar su familia (temporalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares, en un hotel o en su auto)?*

- yes/sí no or don't know/no o no sé

What language does your child most frequently use to communicate? • *¿Qué idioma habla su niño con más frecuencia para comunicarse?* English/Inglés Spanish/Español Other/Otro _____

Does your child have a physical challenge or chronic illness? (ex. Asthma, diabetes, obesity, anemia, etc.)

• *¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad física o una enfermedad crónica?(ej. asma, diabetes, obesidad, anemia, enfermedad en la sangre, etc.)* yes/sí- Please specify/por favor, especifique: _____ no, don't know/no, no sé

Does your child have a developmental or educational need? • *¿Tiene su hijo (a) necesidades educativas o de desarrollo?*

yes/sí- Please specify/por favor, especifique: _____ no, don't know/no, no sé

Is at least one parent/guardian of this child currently an active duty member of the United States Armed Forces; ordered to active duty within the last 18 months or expected to be ordered within the next 18 months; or has been injured and/or receiving military disability retirement or killed in active duty? • *¿Tiene el niño(a) un padre/guardián que actualmente esté sirviendo en las fuerzas armadas de los EUA; o llamado a servir en los últimos 18 meses o va ser llamado para servir en los próximos 18 meses; o que haya sido herido y/o esté recibiendo retiro por incapacidad militar o que perdió la vida sirviendo en las fuerzas militares?*

yes/sí no If yes, please provide documentation/Si contesta sí, debe proveer documentación.

Who cares for your child during the day? • *¿Quién cuida de su niño durante el día?*

Home with family/en el hogar con familia

Babysitter / Relative / Niñeras / Parientes

Head Start: Where /¿Adónde? _____

Preschool /Pre-Kinder: Where /¿Adónde? _____

Child Care Center/Centro de cuidado de niños o guardería

Where / ¿Adónde? _____

Licensed Family Child Care Home/Casa de cuidado de niños con licencia

Where / ¿Adónde? _____

In the past, has your child ever been enrolled in a child care program or family child care home -even if they are not currently enrolled? • *¿Alguna vez su niño(a) ha participado en algún programa de Casa de cuidado de niños con licencia?*

No Yes/Sí If yes: Start Date: _____ End Date: _____
Si contestó sí, ¿cuándo empezó?: _____ ¿cuándo terminó?: _____

Is child currently receiving child care subsidy? • *¿Recibe su niño (a) algún subsidio para cuidado infantil?*

Yes/Sí

No, I have never applied for subsidy/No, Yo nunca he aplicado para recibir subsidio.

No, I am on the waiting list/No, yo estoy en la lista de espera.

No, I am not eligible for subsidy/No. No, yo no califico para recibir subsidio.

Has your child received a developmental screening and/or has your child been referred for services (Speech, Physical Therapy, Occupational Therapy, Play Therapy)? • *¿ Ha recibido su niño(a) pruebas o evaluaciones del desarrollo, o ha sido referido para servicios? (Terapia de Habla, Terapia física, Terapia Ocupacional, Terapia de juego)*

yes/sí – Complete page 8 – Complete la página 8

no, don't know/no, o no sé

Transportation and Before and After School Care / Transporte y Cuidado extendido

Transportation and Before and After School Care Services are not included with the NC Pre-K Program of Alexander County. The typical school day is from 8am – 2:30pm. Parents are responsible for speaking with the NC Pre-K placement site to receive information regarding before and after school availability and fees, if applicable. • *El transporte y el cuidado extendido no vienen incluidos con el Programa de Pre-Kínder de NC en el Condado de Alexander. Un día típico de escuela va de 8 am a 2:30 pm. Los padres son responsables de consultar con la escuela asignada a su niño para recibir información y la disposición de estos servicios y cargos, si aplica.*

If accepted into the program, would your child require before/after school care? Yes/ Sí No/ No

¿Si su niño es aceptado en el programa, necesitará el cuidado extendido antes o después de las horas típicas?

Please read carefully, **initial each paragraph**, sign and date on bottom of this sheet.

Por favor lea con cuidado, ponga sus iniciales en cada párrafo, y no se olvide de firmar y ponerle fecha a su aplicación al final de esta página.

___ I certify that all information provided is true, correct and complete. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds. Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable state laws.

● *Yo certifico que toda la información es verdadera, correcta y completa. Entiendo que esta información es dada como prueba de elegibilidad para recibir fondos del programa. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra conforme a las leyes estatales de Carolina del Norte.*

___ I understand that by completing this application my child is not guaranteed placement and that he/she may be on a waiting list.

● *Entiendo que al completar esta aplicación mi niño(a) no está garantizado en obtener un espacio y podría estar en lista de espera.*

___ I understand that if my child is selected for participation, family involvement is essential. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and application for additional services.

● *Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado para participar, la participación de la familia será muy importante. Mi familia se compromete a participar y cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitud necesaria para servicios adicionales.*

___ I understand that transportation to and from Pre-K programs will be my family's responsibility.

● *Entiendo que el transporte para y de los centros de los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.*

___ I understand that my child will receive a developmental screening in the primary language listed in the application and give permission for my child to receive vision, hearing, dental and/or speech and language screenings.

● *Yo entiendo que mi niño (a) recibirá un examen de desarrollo en el idioma nativo que yo he puesto en esta aplicación, y doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evaluación de visión, audición, dental y/o pruebas del habla y lenguaje.*

___ I understand that if there is a change in my child's address, phone number or attendance in any type of licensed care, or if there is a change in family income, it is my responsibility to notify the Pre-K Application Center and inform them of any changes.

● *Entiendo que si hay algún cambio de información de mi niño(a) como teléfono, dirección, cuidado u otros, o si hay un cambio en el ingreso de la familia, me pondré en contacto de inmediato con el centro de Aplicación Pre-K y les informaré de cambios ocurridos.*

___ I understand that my child will need a current, updated health assessment which includes dental, vision, hearing, and an updated immunization record, before she/he attends a program.

● *Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico incluyendo dental, visión, audición, y registro de vacunas al día antes de asistir al programa.*

___ I give permission for my child's name, picture, portrait, likeness, or voice to be used for the purpose of center display, scrapbook, newspaper articles, television broadcast, posting to Pre-K program websites, and/or printed materials for use by the Partnership for Children of Alexander County.

● *Doy el permiso para que usen el nombre, fotografía, retrato, semejanza, o voz de mi niño(a) para el propósito de exhibición en el centro, un libro de recuerdos, artículos en el periódico, televisión, sitios del Internet para pre-Kinder, y/o materiales impresos para el uso del Partnership for Children del Condado de Alexander.*

___ I understand that if my child is accepted into the NC Pre-Kindergarten Program he/she regular attendance is necessary for full benefit of the program. Failure to maintain regular attendance could jeopardize his/her placement in the program.

● *Entiendo que si mi niño(a) es aceptado en el programa NC Pre-Kindergarten debe asistir regularmente a la escuela para obtener el beneficio completo del programa. Asistencia regular es necesaria para mantener su cupo en el programa.*

Parent/Guardian Signature/firma de padre/tutor legal _____

Date/fecha _____

Relationship to child/relación con el niño(a) _____

Are you receiving any of the following? If yes, provide the monthly amount and attach documentation:
Recibe usted alguno de los siguientes/: si es afirmativo, dé el monto mensual y la documentación respectiva

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Child Support - \$ _____
Manutención de menores- | <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits - \$ _____
Beneficios de desempleo- |
| <input type="checkbox"/> Alimony - \$ _____
Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> TANF/Work First - \$ _____
Cheque del Gobierno |
| <input type="checkbox"/> Worker's Comp - \$ _____
Compensación laboral | <input type="checkbox"/> Social Security Income - \$ _____
Ingreso de Seguro social |

If you report having \$0 family income, please provide a statement of explanation.
Si usted reporta tener \$0 ingresos, favor de proveer una breve explicación.

I certify that all information provided is true, correct, and complete. I understand that information is provided to document eligibility for the NC Pre-K Program. Program staff may verify information provided. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable state laws. I give permission for my child's application, birth certificate, health forms, IEP and any other needed documentation to be copied and given to the NC Pre-K site where my child is placed.

Yo certifico que toda la información es verdadera, correcta y completa. Entiendo que esta información es dada como prueba de elegibilidad para el programa NC Pre-K. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra conforme a las leyes estatales. Doy permiso para que la solicitud, certificado de nacimiento, formas acerca de la salud, IEP y cualquier otra documentación de mi niño, sea copiada y dada al sitio de NC Pre-K donde mi niño sea asignado.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____ **Relationship to child:** _____
Firma de padre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____ **Relación con el niño(a):** _____

Only complete if your child has previously had a developmental screening, has been referred for services or is currently receiving services.

Solo complete esta página si su niño previamente ha tenido una evaluación de desarrollo, ha sido referido para servicios o está corrientemente recibiendo servicios

Does your child have an IEP (Individualized Education Plan)? • ¿Tiene su niño(a) un IEP (Plan de Educación Individualizado)?

yes/sí no or don't know/no o no sé (If yes/sí Please include copy/Favor de incluir una copia)

Has your child been referred for evaluation or identified with a disability? • Ha sido su niño(a) remitido para evaluación o identificado con una discapacidad?

Yes/sí Date of referral / día de la remisión _____ No or don't know/no o no sé

What was the decision from the evaluation for your child? • Cual fue la decisión de la evaluación de su niño(a)?

- No disability identified / No discapacidad identificada
- Evaluation decision in process / Decisión de la evaluación en proceso
- One or more disabilities identified / Una o más discapacidades identificadas
- Do not know / No sé
- Not applicable / No aplica

What disabilities were identified for your child? Please check all that apply. • Qué discapacidades fueron identificadas para su niño(a)? Marque todas las que aplican.

- Autistic / Autista
- Deaf-blind / Sordo(a)-ciego(a)
- Behaviorally/emotionally disabled / Discapacitado(a) emocionalmente / Problemas de comportamiento
- Educable mentally disabled / Educable discapacitado(a) mentalmente
- Hearing impaired / Discapacidad auditiva
- Specific learning disabled / Discapacidad específica de aprendizaje
- Multi-handicapped / Discapacidades multiples
- Other health impaired / Otras problemas de salud
- Orthopedically impaired / Discapacidad ortopédica
- Speech/language impaired / Discapacidad del habla/lenguaje
- Severe/profound mentally disabled / Severa/profunda discapacidad mental
- Trainable mentally retarded / Retraso mental entrenable
- Visual impaired / Discapacidad visual
- Traumatic brain injured / Lesión cerebral traumática
- Preschool development delayed / Retraso en el desarrollo preescolar
- Other /otro _____

Has your child been referred for services related to his/her disability? • Ha sido su niño(a) remitido(a) para servicios relacionados con su discapacidad?

Yes/sí No/no

Is your child receiving services related to his/her disability? • Está su niño(a) recibiendo servicios relacionados con su discapacidad?

- Yes, please specify type of service/Si, por favor especifique la clase de servicio _____
- No or don't know/no o no sé