

NC Pre-Kindergarten information for the 2020-2021 school year
Información del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) para el año escolar 2020-2021

**Applying to the
NC Pre-Kindergarten Program**

Special Instructions

Please answer all questions on the child application by completing each section A-F.

Attach proof of the child's age: either a copy of a birth certificate, medical record, immunization form, or Medicaid card.

Attach proof of the family's annual income: preferably income tax return, W-2, or a month of current pay stubs for each working parent/caregiver.

I understand that my child will need a current health assessment and immunization record within 30 days of enrolling in the program.

Families will be notified about placement for their child starting in May.

Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program.

Incomplete applications or applications without the requested documentation will not be considered.

Return the completed child application and supporting documentation to:

Smart Start of Transylvania County

PO Box 1676

Brevard, NC 28712 or

rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org

[Continue to next page]

**Inscripción al
Programa NC Pre-Kindergarten**

Instrucciones Especiales

Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño/a, llenando cada sección de la A a la F.

Adjunte una prueba de la edad del niño/a como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.

Adjunte prueba del ingreso anual de la familia, de preferencia: documentos del impuesto sobre la renta, o los talones de pago actuales del mes por cada uno de los padres o cuidadores del niño/a que estén trabajando.

Entiendo que mi hijo/a necesitará una evaluación de salud y un registro de vacunación actual dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el programa.

A las familias se les avisará para el cupo de sus niños/as a principios del mes de mayo.

Los/Las niños/as que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados de niños/as tendrán preferencia en la colocación en el programa NC Pre-K.

Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación requerida no serán consideradas.

Devuelva la solicitud completa y la documentación de respaldo requerida a:

Smart Start of Transylvania County,

PO Box 1676

Brevard, NC 28712 o

rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org

[Continúa en la siguiente página]

NC Pre-K classrooms are currently available at the following sites:

Las clases actualmente aprobadas para el Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) se encuentran en las siguientes direcciones:

WCCA (WESTERN CAROLINA COMMUNITY ACTION) Amy Smith, Director 828-884-2255

Brevard Children's Center, Hillview Head Start, 181 Hillview Circle, Brevard, NC 28712

Pisgah Forest Children's Center 133 Osborne Rd, Brevard, NC 28712

Rosman Children's Center, 163 Main St, Rosman, NC 28772

NANNA'S AND MOMMY'S

Charity Martin, Director, 828-877-2555, 1131 Wilson Rd, Pisgah Forest, NC 28768

NEW ADVENTURE LEARNING CENTER

Stacey Gash, Director, 828-884-3232, 260 S Gaston St, Brevard, NC 28712

TRANSYLVANIA COUNTY SCHOOLS: Tonya James, Preschool Program Coordinator

Brevard Elementary School: Carrie Norris, Principal 828-884-2001
399 Greenville Hwy, Brevard, NC 28712

Rosman Elementary School: Robert Dinsdale, Principal 828-862-4431
167 Rosman School Rd, Rosman, NC 28772

T.C. Henderson Elementary School: Audrey Reneau, Principal 828-862-4463
11839 Rosman Hwy, Lake Toxaway, NC 28747

2020-2021 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



A: CHILD INFORMATION | INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Child's Full Name Nombre completo del niño/a		Date of Birth Fecha de nacimiento	
Child's Street Address Dirección donde reside el/la niño/a	City Ciudad	NC	ZIP Código postal
Child's Gender Género del niño/a	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	
Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) Raza/Etnia del niño/a (marque todas las opciones que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> White or European American Blanca o Americano-europea <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native Amerindia/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Black or African American Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asian Asiática 			
Hispanic? ¿Hispano/a?		<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
What language does the child speak at home? ¿Qué idioma habla el/la niño/a en casa?			
Is child currently attending a child care, preschool or half-day program? ¿El/La niño/a asiste actualmente a una guardería, preescolar, o a un programa de medio tiempo?		<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
If yes, what is the name of the program? Si es así, ¿cuál es el nombre del programa?			
Has the child ever been in a child care/preschool setting? ¿Alguna vez ha estado el/la niño/a en un establecimiento de guardería/preescolar?		<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Does the child receive a childcare subsidy voucher? ¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería?		<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military or was seriously injured or killed while on active duty? ¿Al menos uno de los padres o tutores del niño/a es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido éste/a herido/a gravemente o ha muerto durante el servicio activo?		<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Which of the following additional factors apply to this child? (Check all that apply) ¿Cuál de los siguientes factores adicionales aplican para este/a niño/a? (Marque todas las opciones que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identified disability (indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP) Discapacidad identificada (determinada porque el/la niño/a tiene un Plan Educativo Individualizado– IEP activo) <input type="checkbox"/> Chronic health conditions (indicated by a health care provider, e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc.) Condiciones de salud crónicas (determinadas por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia de células falciformes, cáncer, VIH, etc.) <input type="checkbox"/> Developmental educational need (as indicated by the child's performance results on a developmental screening) Necesidades educativas del desarrollo (determinadas por los resultados de desempeño en una evaluación de desarrollo) 			

2020-2021 CHILD'S APPLICATION

SOLICITUD DEL NIÑO/A



B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION | INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

PARENT/GUARDIAN NAME #1 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #1:

Gender Género	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	<input type="checkbox"/> Mother Madre	<input type="checkbox"/> Father Padre

Other, please specify | Otro, especifique:

Phone Number Teléfono:	Work Phone Number Teléfono del trabajo:
--------------------------	---

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- Not Employed/ Desempleado/a
- Employed | Empleado/a
- Seeking Employment | Buscando empleo
- Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

- Monthly | Mensual Twice Monthly | Quincenal Weekly | Semanal Bi-Weekly | Cada dos semanas

PARENT/GUARDIAN NAME #2 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #2:

Gender Género	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	<input type="checkbox"/> Mother Madre	<input type="checkbox"/> Father Padre

Other, please specify | Otro, especifique:

Phone Number Teléfono:	Work Phone Number Teléfono del trabajo:
--------------------------	---

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- Not Employed/ Desempleado/a
- Employed | Empleado/a
- Seeking Employment | Buscando empleo
- Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?

- Monthly | Mensual Twice Monthly | Quincenal Weekly | Semanal Bi-Weekly | Cada dos semanas

2020-2021 CHILD'S APPLICATION

SOLICITUD DEL NIÑO/A



Annual family income. (Attach supporting documentation for all income identified for each parent/guardian Ingreso anual familiar. (Adjunte los documentos necesarios para cada uno de los padres/tutores)	
<input type="checkbox"/> Income before taxes Sueldo bruto antes de impuestos	\$
<input type="checkbox"/> Alimony Manutención	\$
<input type="checkbox"/> Child support Manutención infantil	\$
<input type="checkbox"/> Workers Comp Indemnización por accidente laboral	\$
<input type="checkbox"/> Unemployment Subsidio por desempleo	\$
<input type="checkbox"/> SSI/TANF/Work First Seguro Social-SSI/TANF/Work First	\$
<input type="checkbox"/> What is the family's total Annual Gross Income (before taxes?) ¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)?	\$
With whom does the child live? ¿Con quién reside el/la niño/a? <input type="checkbox"/> Both Parents Ambos padres <input type="checkbox"/> Other, please specify Otro, especifique: <input type="checkbox"/> Father Only Solamente con el padre <input type="checkbox"/> Mother Only Solamente con la madre	
What is the family size? (include the child and all adults and other children living in the household.) ¿Cuántos miembros hay en la familia? (Incluya el/la niño/a solicitante, a todos los adultos y otros/as niños/as en el hogar)	
Please list the additional family members of the child that live in the home and are supported by the parent/caregiver's income. Haga una lista de los familiares que viven con el/la niño/a y que se benefician de los ingresos de los padres/cuidadores del niño/a.	
1. Name Nombre	5. Name Nombre
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a
Date of Birth Fecha de nacimiento	Date of Birth Fecha de nacimiento
2. Name Nombre	6. Name Nombre
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a
Date of Birth Fecha de nacimiento	Date of Birth Fecha de nacimiento
3. Name Nombre	7. Name Nombre
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a
Date of Birth Fecha de nacimiento	Date of Birth Fecha de nacimiento
4. Name Nombre	8. Name Nombre
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a
Date of Birth Fecha de nacimiento	Date of Birth Fecha de nacimiento

2020-2021 CHILD'S APPLICATION

SOLICITUD DEL NIÑO/A



C: DEVELOPMENTAL ASSESSMENTS EVALUACIONES DE DESARROLLO		
Is the family concerned about the child's development? La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
If yes, please explain Si respondió sí, explique:		
Has the child been referred for an evaluation or identified with a disability? ¿Se ha remitido al niño/a para una evaluación o se le ha identificado alguna una discapacidad? <input type="checkbox"/> Yes, Continue on with the remaining questions Sí, continúe con las preguntas siguientes <input type="checkbox"/> No, Skip to the certification/signature section No, pase a la sección de certificación/firma		
What was the decision of the evaluation for this child? ¿Cuál fue la decisión de evaluación de este/a niño/a? <input type="checkbox"/> No disability identified No se identificó ninguna discapacidad <input type="checkbox"/> Evaluation decision in process La decisión de la evaluación se encuentra en proceso <input type="checkbox"/> One or more disabilities identified Se identificaron una o más discapacidades <input type="checkbox"/> Do not know No lo sé		
What conditions were identified (Please check all that apply) ¿Qué condiciones se identificaron? (Marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Autistic Autista <input type="checkbox"/> Hearing Impaired Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Orthopedically Impaired Discapacidad ortopédica <input type="checkbox"/> Severely/Profoundly Mentally Disabled Discapacidad mental severa/muy severa <input type="checkbox"/> Speech/Language Impaired Discapacidad de habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Visually Impaired Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Behaviorally/Emotionally Disabled Discapacidad emocional/de comportamiento <input type="checkbox"/> Multi-Handicapped (please explain) Discapacidad múltiple (explique) <input type="checkbox"/> Preschool/Persistent Developmentally Delayed Retraso en el desarrollo preescolar/permanente <input type="checkbox"/> Other Health Impaired Otra deficiencia de la salud		
Has the child been referred for services? ¿Se ha remitido al niño/a para servicios de asistencia?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Is this child receiving services related to the disability? ¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No
Please list the services the child is receiving Haga una lista de los servicios que recibe el/ la niño/a:		
Does the child have an active IEP (Individualized Education Plan)? ¿El/La niño/a tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) activo?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No

2020-2021 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



D: NC PRE-K LOCATION CHOICES | OPCIONES DE UBICACIÓN PARA PRE-K NC

1st Choice 1ra opción	2nd Choice 2da opción	3rd Choice 3ra opción

E: CERTIFICATION & SIGNATURE | CERTIFICACIÓN & FIRMA

By signing this form, I certify that the information provided is true, correct, and complete and that all income has been reported. Program staff may verify information on this Application. | Al firmar este formulario certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta solicitud.

I give permission for the NC Pre-K site my child attends to share my child's developmental screening and formative assessment results with Smart Start of Transylvania County. | Yo doy permiso para que el establecimiento del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) donde asiste mi hijo/a, comparta los resultados de la evaluación de desarrollo y evaluación formativa con Smart Start of Transylvania County.

Adult Signature Firma del adulto	Today's Date Fecha de hoy
------------------------------------	-----------------------------

F: APPLICATION CHECKLIST | LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

Did you remember to: / ¿Recordaste:

- Sign and date the application / Firmar y escribir la fecha de la solicitud?
- Include proof of child's birth date / Incluir prueba de la fecha de nacimiento del niño/a?
- Include proof of family income for all working parents/caregivers / Incluir comprobante de ingresos familiares para todos los padres/cuidadores que trabajan?
- If child is in foster care, include placement documentation / Si el/la niño/a está en cuidado de crianza (hogar de acogida temporal), incluir la documentación de colocación?
- If child has an IEP, include a copy of the IEP / Si el/la niño/a tiene un IEP, incluir una copia del IEP?

2020-2021 CHILD'S APPLICATION SOLICITUD DEL NIÑO/A



Child applications and supporting documentation should be returned via mail or email to:

Smart Start of Transylvania County
Attn: NC Pre-K
PO Box 1676
Brevard, NC 28712

Email: rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org

Questions: Please call Rebecca Snurr at 828-877-3025

Las solicitudes y la documentación de respaldo deben enviarse por correo o correo electrónico a:

Smart Start of Transylvania County
Attn: NC Pre-K
PO Box 1676
Brevard, NC 28712

Correo electrónico: rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org

¿Preguntas? Llame a Rebecca Snurr at 828-877-3025