

PLEASE JOIN US FOR A PRE-K APPLICATION EVENT

See www.wakesmartstart.org for the one nearest you!

Venga, por favor, a un Evento de Aplicación Pre-K

¡Visite www.wakesmartstart.org para el sitio más cercano!

This application is for children who will be four-years-old by August 31, 2016. If your child is younger, please contact Telamon Head Start at one of the following locations:

Esta aplicación es para niño(a)s que hayan cumplido los cuatro años para el 31 de agosto del 2016. Si su niño(a) es menor, por favor llame a Telamon Head Start a uno de los siguientes lugares:

Crosby Head Start Center (Raleigh).....919-856-5232
Parkway Head Start Center (Cary).....919-657-0577
Knightdale Head Start Center (Knightdale).....919-266-1240

Can't attend an application event?

¿No puede asistir a un evento de aplicación?

You may also mail a completed application to:

También puede enviar por correo una aplicación completa a:

Pre-K Application Center
4901 Waters Edge Drive
Suite 101
Raleigh, NC 27606

Important Notes/Notas Importantes

- Only applications **completed** before **April 30, 2016** will be considered for **all** programs. Applications completed after April 30th will be considered for Telamon Head Start and North Carolina Pre-Kindergarten. *Solamente las aplicaciones **completas** antes del **30 de abril del 2016** serán consideradas para **todos** los programas. Aplicaciones completas después del 30 de abril serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten.*
- Applications must include all required documentation to be considered **"complete."** See Application Checklist on next page. *Aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como **"completas."** Vea la Lista de Verificación en la siguiente hoja.*
- **Initial placements will be complete by August 11, 2016.** Details and updates will not be available until after that time. *Las **asignaciones iniciales estarán completas para el 11 de agosto del 2016.** Detalles y actualizaciones no estarán disponibles hasta después de esta fecha.*

Application Checklist/ Lista de Verificación

REQUIRED! Please attach the following to the application:
¡REQUERIDO! Por favor incluya lo siguiente con su aplicación:

Copy of Child's Birth Certificate

passport or record of faith initiation (naming, brit milah, baptism, dedication) / [Copia del acta de nacimiento del niño](#), pasaporte o registro de iniciación de fe (nombramiento, brit milá, bautismo, dedicación)

Documentation of Wake County Residency

Copy of signed lease or current utility bill (water/power) / [Documentación de Residencia del Condado de Wake](#) – contrato de arrendamiento o factura más reciente de servicios (luz/agua).

- If parent's name is not on bill/lease – bill and letter from the bill payee stating that family is residing at the residence is needed. /Si el nombre de los padres no está en el contrato o factura – contrato o factura y carta del pagador indicando que la familia reside en la residencia es necesario.

All sources of family income

Please include: two (2) recent, consecutive check stubs for each employed parent/guardian, child support, retirement, worker's compensation, statement from supervisor, 2015 IRS 1040, unemployment/social security benefits letter or copies of all W-2s from 2015.

[Todas las fuentes de ingresos de la familia](#) - Dos (2) talones de cheque consecutivos de cada padre o madre/guardián empleado, manutención de los hijos, jubilación, compensación laboral, declaración de supervisor, 1040 del 2015, carta de beneficios de desempleo/seguro social o copias de todos los formularios W-2 del 2015.

- If "0" income is reported, please complete and submit a Pre-K Statement of Zero Income. / Si reporta "0" de ingresos, por favor, incluya una Declaración de Cero Ingresos de Pre-K.

OPTIONAL/OPCIONAL

Please note: Some, not all, programs may assign priority points if families attach the following documentation:

Nota: *Algunos, pero no todos los programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias proveen la siguiente documentación:*

[Copy of child's current Individualized Education Program \(IEP\) from a public school / Copia del Programa Individualizado Educativo \(IEP\) reciente de la escuela pública](#)

[Documentation of parent's military service \(includes current active duty and serious injury or death resulting from military service\)/ Documentación de servicio militar de los padres \(incluye servicio activo y lesiones graves o muerte resultante de servicio militar\)](#)

[Chronic Illness – child's health assessment or note from medical provider indicating child's chronic illness/ Enfermedad crónica – evaluación de salud del niño o nota de proveedor medico indicando enfermedad crónica del niño.](#)

[Copy of current educational/developmental screenings/evaluations indicating developmental or educational need/ Copia actual de evaluación educativa/de desarrollo indicando necesidad educativa o de desarrollo.](#)

For additional information, please call Pre-K Application Information Line at 919-723-9298.

Para más información, por favor llame a la Línea de Información de Aplicación de Pre-K al 919-723-9299.



Wake County Pre-Kindergarten Initial Application 2016-2017

Aplicación Inicial Pre-Kinder del Condado de Wake 2016-2017

Child's First Name /Nombre del niño(a) : _____

Child's Middle Name/Segundo nombre del niño(a) : _____

Child's Last Name /Apellido 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/me : _____ day/día : _____ year/año : _____

Please mark only one /Marque solo uno:

Hispanic/Latino/Hispano/Latino Not Hispanic/Latino/No Hispano/Latino

Please mark at least one and all that apply/Por favor marque por lo menos uno y todos los que apliquen:

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

E-mail address /Correo electrónico : _____

Mother's/Stepmother's/Guardian's Name/Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián : _____

Father's/Stepfather's/Guardian's Name/Nombre del Padre/Padraastro/Guardián : _____

Child's Address (please include street address, city and zip code)/Dirección del niño (por favor incluya calle, número de apartamento, ciudad y código postal)

street/calle : _____ apt. or unit/apt. o unidad : _____

city/ciudad : _____ state/estado : _____ zip code/código postal : _____

Mailing address, if different /dirección de envío, si es diferente : _____

Phone number/ Número de teléfono : _____

Alternate phone number/Número de teléfono alternativo : _____

With whom does Child reside?/¿Con quién reside el niño(a)?

Mother/Madre Father/Padre Other, please specify/otro, especifique por favor : _____

Family size/Número de miembros en la familia : _____

- If custody is shared, please present custody paperwork to ensure that appropriate contact is made/Si la custodia es compartida, por favor presentar papeles de custodia para asegurar que se haga el contacto adecuado.

County of Residence (this application is only for Wake County residents)/Condado de residencia (esta aplicación es sólo para los residentes del Condado de Wake) : _____

Is your family in transition (temporarily living with friends/family or in shelter/car/hotel)?/¿Está su familia desamparada (viviendo temporalmente con amigos / familiares / en un refugio /en su auto o en un hotel)?

Yes/Sí No

Federal and North Carolina State policies require schools to determine the language(s) spoken at home by each student. Las políticas federales y estatales de Carolina del Norte requiere que las escuelas determinen los idiomas que cada estudiante habla en el hogar.

1. What language does your son/daughter most frequently use to communicate? ¿Qué idioma con más frecuencia utiliza su hijo para comunicarse? : _____
2. *What language do you most frequently speak to your son/daughter? ¿Qué idioma con más frecuencia utiliza usted para hablar con su hijo? : _____
3. What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? : _____
Necesita a un intérprete para reuniones escolares que implican la educación de su hijo? Si es así, ¿en qué idioma? : _____

If the answer to any of the above questions is a language other than English, your child will be assessed using the Pre-K IPT (IDEA Proficiency Test) to determine English language proficiency. Based on the results, your child may be identified as Limited English Proficient (LEP) and may qualify for Pre-K English Language Learner (ELL) services. All identified LEP students will be assessed annually with the state-mandated English language proficiency test.

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es un idioma distinto al inglés, su hijo será evaluado con la evaluación del IPT de Pre-Kinder (IDEA Proficiency Test) para determinar el dominio del idioma inglés. Basándose en los resultados, su hijo puede ser identificado como un estudiante con Habilidad de Inglés Limitado (LEP) y puede que califique para servicios como Aprender el Idioma Inglés (ELL) de Pre-Kinder. Todos los estudiantes identificados LEP serán evaluados anualmente con la prueba de aptitud en Inglés requerida por el estado.

Documentation is attached that indicates child has the following risk factors/ Documentación adjunta que indica que el niño(a) tiene los siguientes factores de riesgo:

Active Individualized Education Program/
Programa Individualizado de Educación activo

Limited English Proficiency/Habilidad de
Inglés Limitado

Chronic Health Condition/Condición de
Salud Crónica

Developmental or Educational Need/
Necesidad de Desarrollo o Educativa

Parent or legal guardian of child an active duty member of the military, or parent or legal guardian was seriously injured or killed while on active duty. /Padre o guardian legal del niño(a) es miembro activo del servicio militar, padre o guardian legal fue seriamente herido o falleció mientras estaba activo en el servicio militar.

Please mark only one/Por favor marque solo uno:

My child has never attended pre-k, day care or child care program or family child care home. *Mi niño(a) nunca ha asistido a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia.*

My child, in the past, attended a pre-k, day care or child care program or family child care home but is not attending now. Now my child stays with family members and/or a babysitter. *Mi niño(a), en el pasado, asistió a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia pero no asiste ahora. Ahora mi niño(a) se queda con miembros de la familia y/o con una niñera.*

Name of Center/School/Family Child Care Home /Nombre del programa : _____

They last attended this program/Atendió por última vez:

Month/en Mes : _____ Year/Año : _____

My child is currently attending this child care program or family child care home. *Mi niño(a) está atendiendo a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia. La familia es responsable de todos los gastos.*

Name of Center/School/Family Child Care Home /Nombre del programa : _____

How many stars does the program have?/¿Cuantas estrellas tiene el programa? : _____

Does child attend less than 10 hours per week?/¿Su hijo/a asiste menos de 10 horas por semana?

Yes/Sí No

Does child receive Child Care Subsidy Voucher? /¿Tiene su hijo/a subsidio para cuidado de niños?

Yes/Sí No

Family Size

Please list child, parents, step-parents, brothers, sisters, or guardians. *Por favor anote al niño(a), padres, padrastros, hermanos, hermanas o guardianes.*

Name / Nombre	Relationship with Child / Relación con Niña(o)	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Please Check if Child Has Special Needs / Por Favor Indique si Su Niño(a) Tiene Necesidades Especiales
Total Number in Family / Número Total en la Familia:			

Family Income

(Español en la siguiente pagina)

If "0" income is reported, please submit a signed and dated Pre-K statement from family member and/or friend who can verify your family's income. (form available at www.wakesmartstart.org) **NOTE: Documentation of all sources of family's income is required.**

Mother's/Stepmother's/Guardian's Name : _____

Please check all that apply: Employed? Yes No

(If employed, please list average hours worked per week) : _____

Seeking Employment

Attending secondary education

Attending high school

Attending job training

Other (please explain) : _____

Place of employment and work telephone number : _____

Income BEFORE Taxes (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Alimony (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Child Support (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Workers' Comp (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Unemployment (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

SSI/TANF/Work First (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Family Income (Continued)

(Español en la siguiente pagina)

If "0" income is reported, please submit a signed and dated Pre-K statement from family member and/or friend who can verify your family's income. (form available at www.wakesmartstart.org) **NOTE: Documentation of all sources of family's income is required.**

Father's/Stepfather's/Guardian's Name: _____

Please check all that apply: Employed? Yes No

(If employed, please list average hours worked per week): _____

Seeking Employment

Attending secondary education

Attending high school

Attending job training

Other (please explain): _____

Place of employment and work telephone number : _____

Income BEFORE Taxes (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Alimony (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Child Support (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Workers' Comp (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

Unemployment (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

SSI/TANF/Work First (\$) : _____

This Amount Is Yearly Monthly twice monthly bi-weekly weekly

My family receives food stamps: Yes No

For office use only:

Ingresos de la familia

Si reporta "0" de ingreso, por favor presente un forma de Pre-K de parte de miembro de familia o amigo que pueda verificar el ingreso de la familia. (Forma disponible en www.wakesmartstart.org. **NOTA:** La documentación de todas las fuentes de ingresos de la familia es requerida.

Nombre de la Madre/Madrasta/Guardián : _____

Por favor, marque lo que corresponda: ¿Empleada? Sí No

Si es empleada, promedio de horas trabajadas por semana) : _____

Buscando Empleo

Asistiendo universidad o colegio

Asistiendo escuela superior/secundaria

Asistiendo entrenamiento para empleo

Nombre del trabajo y número de teléfono : _____

Sueldo bruto ANTES de impuestos : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Manutención (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Mantenimiento del niño (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Compensación del trabajador (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Desempleo (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Seguro Social/SSI/TANF/Work First (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Ingresos de la familia (Continuado)

Si reporta "0" de ingreso, por favor presente un forma de Pre-K de parte de miembro de familia o amigo que pueda verificar el ingreso de la familia. (Forma disponible en www.wakesmartstart.org. **NOTA:** La documentación de todas las fuentes de ingresos de la familia es requerida.

Nombre del Padre/Padrastro/Guardián : _____

Por favor, marque lo que corresponda: ¿Empleada? Sí No

Si es empleada, promedio de horas trabajadas por semana) : _____

Buscando Empleo

Asistiendo universidad o colegio

Asistiendo escuela superior/secundaria

Asistiendo entrenamiento para empleo

Nombre del trabajo y número de teléfono : _____

Sueldo bruto ANTES de impuestos : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Manutención (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Mantenimiento del niño (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Compensación del trabajador (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Desempleo (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Seguro Social/SSI/TANF/Work First (\$) : _____

Esta cantidad es anual mensual quincenal cada dos semanas semanal

Mi familia recibe estampillas: Sí No

For office use only:

Family Responsibilities/Responsabilidades de la Familia

Please read carefully and initial each box / Por favor lea y ponga sus iniciales en cada caja:

	<p>I authorize <u>partnering Pre-K agencies</u> [Wake County Public Schools, Wake County SmartStart (and funded partners), Wake County Human Services and Telamon Head Start] to <u>exchange information</u> regarding my child for the purpose of determining eligibility for state and federally funded Pre-K Programs and for data collection by the Office of Early Learning and the Division of Child Development and Early Education.</p> <p><i>Yo autorizo a las agencias asociadas con Pre-K [Wake County Public Schools, Wake County SmartStart (y las agencias asociadas), Wake County Human Services y Telamon Head Start] intercambiar información con respecto a mi hijo con fines de determinar la elegibilidad para programas de Pre-Kinder fundados por el estado y gobierno federal y para colección de datos de la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.</i></p>
	<p>I give <u>permission</u> for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language <u>screening</u> and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart, and Telamon Head Start).</p> <p><i>Doy el consentimiento para que mi niño(a) reciba una evaluación del desarrollo en las áreas de aprendizaje, audición, visión, dental y/o pruebas del habla y lenguaje y también para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los programas asociados con Pre-K (Wake County Public Schools, Wake County SmartStart and Telamon Head Start)</i></p>
	<p>I understand that if my child is <u>selected</u> for participation, <u>family involvement is expected</u>. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services.</p> <p><i>Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado a participar, la participación de la familia es esperada. Mi familia se compromete a participar y cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitud necesaria para servicios adicionales.</i></p>
	<p>I understand that <u>transportation</u> to and from Pre-K programs will be the family's responsibility.</p> <p><i>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</i></p> <p>How will your child get to school? ¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela?</p> <p>: _____</p>
	<p>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 change in family size, family income, it is my responsibility to notify the Pre-K Application Center and inform them of any changes.</p> <p><i>Entiendo que si hay algún cambio en dirección, teléfono o asistencia en cualquier tipo de cuidado con licencia, tamaño de la familia, o algún cambio en el ingreso familiar, es mi responsabilidad de ponerme en contacto con el centro de Aplicación Pre-K e informarles de los cambios ocurridos.</i></p>
	<p>I understand that <u>my child will need</u> a current, updated health assessment <u>before</u> he/she <u>attends</u> a program.</p> <p><i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico antes de asistir al programa.</i></p>
	<p>I understand that my child <u>may be placed on a waiting list</u>.</p> <p><i>Entiendo que mi niño(a) podría ser puesto(a) en lista de espera.</i></p>

I certify that all information provided is true, correct and complete and that all income has been reported. 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 North Carolina state laws. / Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información es dada para documentar elegibilidad para el recibo de 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.

Parent/Guardian Signature:*/ Firma de padre/guardián:*

Date/ Fecha: _____ Relationship to child/ Relación al niño(a): _____

* If guardian signs, please attach documentation of guardianship. /*Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela.