

Wake County Pre-Kindergarten Application

This application is for children who will be four years old by **August 31, 2020**.
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 2020.
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

Please join us for a Pre-K Application Event
See www.wakesmartstart.org for the one
nearest you!

Por Favor venga a un Evento de Aplicación
Pre-K ¡Visite www.wakesmartstart.org para
el sitio más cercano!

Can't attend an application event? You may also mail a completed application to:

¿No puede asistir a un evento de aplicación?

También puede enviar una aplicación completa por correo a:

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

Important Notes/Notas Importantes:

- ★ Applications must include **all required documentation** to be considered “complete.” See Application Checklist on the next page. *Aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas como “completas.” Vea la Lista de Verificación en la siguiente hoja.*
- ★ **Transportation to Pre-K is the responsibility of the family/El transporte hacia y desde Pre-K es responsabilidad de la familia.**
- ★ Applications are accepted year-round for this application year. Only applications received by April 30, 2020 will be considered for all programs. Applications received after April 30th will be considered for Telamon Head Start and North Carolina Pre-Kindergarten. ***Las aplicaciones serán aceptados durante todo el año. Solamente las aplicaciones recibidas hasta el 30 de abril del 2020 serán consideradas para todos los programas. Aplicaciones recibidas después del 30 de abril serán consideradas para Telamon Head Start y North Carolina Pre-Kindergarten.***
- ★ ***Initial placements will be complete by August 14, 2020. Details and updates will not be available until after that time/Las asignaciones iniciales estarán completas el 14 de agosto del 2020. Detalles y actualizaciones no estarán disponibles hasta después de esta fecha.***

Application Checklist/Lista de Verificación

REQUIRED! Please include the following to the application:

¡REQUERIDO! Por favor adjunte lo siguiente con su aplicación:

- Copy of Child's Birth Certificate/Copia del acta de nacimiento del niño**
 - Passport or Record of Faith Initiation (Naming, Brit Milah, Baptism, Dedication) *Pasaporte o Registro de Iniciación de Fe (Nombramiento, Brit Milá, Bautismo, Dedicación)*
- Documentation of Wake County Residency/Documentación de Residencia del Condado de Wake**
 - Copy of signed Lease - **MUST INCLUDE: Complete address, parent's name, and parent's signature.** *Copia de contrato de arrendamiento firmado- DEBE INCLUIR: Dirección completa, nombres del padre y firmas de los padres.*
 - Current utility bill(water/power/gas) - Utility bill must include: Name of company, name of parent, address of service - ***Cannot be EXPIRED FINAL NOTICE or a DISCONNECT NOTICE** *Factura más reciente de servicios (luz/agua/Gas). Factura de servicios deberá incluir: nombre de la compañía, nombre de los padres, dirección de servicio- No puede ser NOTIFICACIÓN FINAL EXPIRADA O NOTIFICACIÓN de DESCONEJÓN.*

If parent's name is not on bill/lease – bill and letter from the bill payee stating that family lives with him/her. Si el nombre de los padres no está en el contrato o factura, adjunte el contrato o factura y una carta indicando que la familia vive en la residencia con el/ella.

- All sources of family income/Todas las fuentes de ingresos de la familia**
 - Please provide pay stubs for each employed family member/parent/guardian, child support, retirement, worker's compensation, statement from supervisor, 2019 IRS 1040, unemployment/social security benefits letter or copies of all W-2s from 2019. **(If you get paid weekly - submit 4 consecutive pay stubs; bi weekly/twice monthly – submit 2 consecutive pay stubs; monthly – submit 2 full month pay stub)** *Proporcione talones de pago para cada familiar empleado / padre / tutor, manutención de los hijos, jubilación, compensación laboral, declaración del supervisor, IRS 1040 de 2019, carta de beneficios de desempleo / seguridad social o copias de todos los W-2 de 2019. (Si obtiene pagado semanalmente: envíe 4 recibos de pago consecutivos; dos veces por semana / dos veces al mes: envíe 2 recibos de pago consecutivos; mensualmente: envíe 2 recibos de pago de mes completo)*

If you do not have any source of income listed above, please complete and submit a Pre-K Statement of Zero Income. ¿Si no tiene ninguna fuente de ingresos mencionada anteriormente? completé y envíe un estado de ingresos cero de prekínder.

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 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 información adicional en la aplicación, por favor llame a la Línea de Información de Aplicación de Pre-K al 919-723-9299.

Date Received _____



Wake County Pre-K Application 2020-2021 / Aplicación Pre-K del Condado de Wake 2020-2021

Child's Name / Nombre del/la niño(a) _____
(First / Primer) (Middle / Segundo) (Last / Apellido)

Child's date of birth / Fecha de nacimiento del/la niño(a) month/mes _____ day/día _____ year/año _____



Please check one / Por favor marque uno

Boy/Niño Girl/Niña



Please check one / Por favor marque uno

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



Please mark at least one / Por favor marque por lo menos uno

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

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

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

Phone number-1/ Número de teléfono-1: _____

Phone number-2/Número de teléfono-2: _____

Where does the child live? / Donde vive niño (a)?

Street/calle Apt or Unit/Apt o Unidad City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código postal

Where do you receive mail? / ¿Dónde recibe correo?

Same as above/Lo mismo que arriba As listed below/Como se indica a continuación:

Street/Calle Apt or Unit/Apt o Unidad City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código postal

E-mail address / Correo electrónico: _____

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

Yes/Sí No Friends/Amigos Family/Familia Shelter/ Refugio Car/Carro Hotel/Hotel

Is this address temporary because of a hardship? /Es esta dirección temporal debido a una dificultad? Yes/Sí No

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) _____

With whom does the child live? Please mark all that apply/ ¿Con quién vive el/la niño(a)? Por favor marque todos los que apliquen.

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

If custody is shared, please provide documentation of how educational decisions are to be made. Count all family members, note all addresses and provide all income for mother’s and father’s families. If you have questions, please contact a member of the Pre-K staff. /Si la custodia es compartida, por favor presente documentos de cómo deben ser hechas las decisiones educativas. Contar a todos los miembros de la familia, tenga en cuenta todas las direcciones y proveer todos los ingresos de las familias del padre y madre. Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con un miembro del personal de Pre-K.

Family Size/Tamaño de la Familia

Please list child, parents, stepparents, brothers, sisters, and/or guardians who live in child’s home. *Por favor anote al niño(a), padres, padrastros, hermanos, hermanas y/o guardianes que viven en la casa con el niño/a.*

Name / Nombre	Relationship with Child / Relación con su niño (a)	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Please check if child has special needs / Por favor indique si el niño(a) tiene necesidades especiales
Child’s Name/ Nombre del/la niño(a)	Applicant/Solicitante		
Total number in family Número total en la familia:			

What language does your son/daughter most frequently use to communicate? *¿Qué idioma utiliza su hijo/a para comunicarse con más frecuencia?* _____

What language do you most frequently speak to your son/daughter? *¿Qué idioma con más frecuencia utiliza usted para hablar con su hijo/a?* _____

What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? *¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?* _____

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



Please mark **ONLY** one/*Por favor marque **SOLO** uno:*

- My child **has never attended** pre-k, day care or childcare program or family childcare 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 childcare program or family childcare 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 Site/School/Family Child Care Home */Nombre del Programa /Escuela/Cuidado infantil en el hogar:* _____

 - They last attended this program/*Atendió por última vez a este programa:*
in/en: Month/*Mes* _____ Year/*Año* _____

- My child **is currently attending** this childcare program or family childcare home. *Mi niño(a) está atendiendo a un programa de cuidado de niños o cuidado de niños en hogar con licencia.*
 - Name of Site and address/School/Family Child Care Home/*Nombre y dirección del programa*

 - How many stars does the program have? *¿Cuántas estrellas tiene el programa?* _____
 - Does child attend less than 10 hours per week? */¿Su hijo(a) asiste menos de 10 horas por semana?*
 Yes/Si No

 - Does child receive Child Care Subsidy Voucher? */ ¿Tiene su hijo/a subsidio para cuidado de niños?*
 Yes/Si No

How did you hear about this Program? */¿Cómo se entero del Programa de Pre-Kinder?*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internet Search/ <i>Busqueda de internet</i> _____ | <input type="checkbox"/> Newspaper/ <i>Periódico</i> |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Flyer <i>/Anuncio</i> |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> Family/ <i>Familia</i> or Friend/ <i>Amigo</i> |
| <input type="checkbox"/> Community Event/ <i>Evento</i> | <input type="checkbox"/> Church/ <i>Iglesia</i> |
| <input type="checkbox"/> Daycare/ <i>Guarderia</i> | <input type="checkbox"/> School/ <i>Escuela</i> |
| | <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> _____ |

Family Income

(Español en la siguiente página)

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: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Alimony	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Child Support	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Workers' Comp/ Disability	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Unemployment	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
SS/SSI/SSA/TANF/Work First	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly

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: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Alimony	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Child Support	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Workers' Comp/Disability	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
Unemployment	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly
SS/SSI/SSA/TANF/Work First	\$_____ This amount is: <input type="checkbox"/> Yearly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice monthly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Weekly

My family receives food stamps: Yes No

For office use only:

Ingresos de la familia

Si reporta "0" de ingreso, por favor presente una 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 Otro (Por favor explique) _____

Nombre del trabajo y número de teléfono: _____

Sueldo bruto ANTES de impuestos	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Conyugal	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los Niños	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Compensación del trabajador/ Discapacidad	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/SSI/SSA/TANF /Work First	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal

Nombre del Padre/Padrastro/Guardián: _____

- Por favor, marque lo que corresponda: ¿Empleado? Sí No Si es empleado, promedio de horas trabajadas por semana _____
- Buscando Empleo Asistiendo Universidad o Colegio Asistiendo Escuela Superior/Secundaria
- Asistiendo entrenamiento para empleo. Otro (Por favor explique) _____

Nombre del trabajo y número de teléfono: _____

Sueldo bruto ANTES de impuestos	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Pensión Conyugal	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Manutención de los Niños	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Compensación del trabajador/ Discapacidad	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Desempleo	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal
Seguro Social/SSI/SSA/TANF /Work First	\$ _____	Esta cantidad es:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas	<input type="checkbox"/> Semanal

Mi familia recibe estampillas de comida: Si No

Sólo para uso de oficina:

Family Responsibilities/Responsabilidades de la Familia

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

<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I authorize partnering Pre-K agencies Wake County Public Schools, Wake County Smart Start, Wake County Human Services and Telamon Head Start to exchange information 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. I also authorize partnering Pre-K agencies to share my family’s contact information with Wake County partners that serve 4-year-olds, if they believe my child is eligible for other community programs.</p> <p><i>Yo autorizo a las agencias asociadas con Pre-K Wake County Public Schools, Wake County Smart Start, 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-Kínder fundados por el estado y gobierno federal y para recolección de datos de la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a agencias de Pre-K para compartir información de contacto de mi familia con otras agencias asociadas de Wake County que sirven niños de 4 años de edad, si creen que mi niño es elegible para otros programas de la comunidad.</i></p>
<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening and for the results of these screenings to be shared with partnering Pre-K Programs (Wake County Public Schools, Wake County Smart Start, and Telamon Head Start). <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 Smart Start and Telamon Head Start)</i></p>
<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I understand that if my child is selected for participation, family engagement is expected. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services. <i>Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado, se espera que la familia participe. Mi familia se compromete a cooperar con el programa a presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.</i></p>
<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I understand that transportation to and from Pre-K programs will be the family’s responsibility. <i>Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es la responsabilidad de la familia.</i> <i>How will your child get to school? ¿Cómo va usted a transportar o traer a su niño(a) a la escuela?</i></p>
<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></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>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I understand that my child will need a current, updated health assessment before he/she attends a program. <i>Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico actualizado antes de asistir al programa.</i></p>
<p>INITIAL HERE <i>Iniciales Aqui</i></p> <p>_____</p>	<p>I understand that my child may be placed on a waiting list. <i>Entiendo que mi niño(a) podría ser colocado(a) en lista de espera</i></p>

Family Agreements/Acuerdos de Familia

I understand that in signing this application, I am stating that I have the right to make educational decisions for this child/*Entiendo que al firmar esta solicitud estoy declarando que tengo el derecho de tomar decisiones educativas para éste niño .*

If there is shared custody, all parents and stepparents should sign application and submit income documentation. List all family members. *Si hay custodia compartida, todos los padres y padrastros deben firmar la solicitud y presentar la documentación de ingresos. Listar a todos los miembros de la familia*

I understand that the Pre-K Application Center cannot refuse any information about a child to his or her parent without clear legal documentation/*Entiendo que el Centro de solicitud de pre kínder no puede rechazar ninguna información sobre un niño a sus padres' sin una documentación legal clara.*

- I certify that all information provided is true, correct and complete and that all income has been reported and documented. I understand that information is provided to document eligibility for receipt of program funds/*Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados y documentados. Entiendo que esta información es dada para documentar elegibilidad para el recibo de fondos del programa.*
- Program staff may verify information on this application. Deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable North Carolina state laws/*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 del padre o la madre/guardián: * _____

Relationship to child/Relación con el niño (a): _____

Date/Fecha: _____

***IF GUARDIAN SIGNS, PLEASE ATTACH DOCUMENTATION OF GUARDIANSHIP. /*Si el guardián firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela**