

PADRES: ¡Por favor remueva esta hoja y guárdalo para su información!



Aplicación para Pre-Kínder del Condado de Catawba 2026-2027

Debe completar esta aplicación para solicitar un espacio de Pre-Kínder (anteriormente conocido como *More at Four*). Se debe incluir el certificado de nacimiento y un comprobante o verificación de ingresos o tarjeta de Medicaid. Debe escribir el nombre legal del niño como aparece en el certificado de nacimiento. Si cambia su dirección o su número es su responsabilidad dejarnos saber, así tendremos la manera de ponernos en contacto con usted. ¡Recuerde dar información precisa y **firmar** esta aplicación! Aunque aceptamos aplicaciones todo el año, debe entregar la aplicación antes del **viernes, 22 de mayo de 2026**, para ser considerado en el primer proceso de selección. Si tiene preguntas, llame a Marisa al 828-695-6505 o mande un correo electrónico a MCarlton@CatawbaCountyNC.gov.

Usted puede:

- 1) Enviar la aplicación a la Asociación de Niños del Condado de Catawba - P.O. Box 3123, Hickory, NC 28603, o
- 2) Traer la aplicación a la Asociación de Niños en el 738 4th Street SW en Hickory. (Numero: 828-695-6505)

Para evitar confusiones, **no entregue** sus solicitudes a ninguna de las clases o escuelas de NCPK. Las solicitudes son procesadas por el personal de la Asociación de Niños del Condado de Catawba.

Esta **NO** es una aplicación para Head Start. Para más información acerca del Programa de Head Start por favor llame al 828-464-1108.

Información sobre el Programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte

Edad Requerida	El niño/a deber haber cumplido 4 años antes de la fecha 8/31/2026
Requisitos de Elegibilidad	Basado en los ingresos; Se dará una prioridad significativa para los niños que no han estado en programas de guardería o cuidados infantiles, otros factores como la falta del inglés, niños con discapacidades especiales, problemas de salud, etc. La continuidad de los servicios para niños que reciben apoyo para las necesidades especiales tendrá prioridad en la selección. <i>(Información en la aplicación será verificada tanto como sea posible para asegurarnos y tener certeza de asuntos que se relacionan directamente con la elegibilidad del niño).</i>
¿Se proporciona transporte?	No se proporciona transporte.
Horarios	Generalmente, es el mismo que el sitio donde se ubica el salón de clases. Llame a la escuela para obtener más información. (Algunas escuelas pueden operar en un horario diferente).
Calendario	El mismo calendario escolar de la escuela.
Costo	Ningún costo. Las familias serán evaluadas separadamente para el programa gratis/almuerzo de costo reducido. Dependiendo de elegibilidad, un costo o valor puede ser dado para comidas proporcionadas por la escuela.
Estructura del Salón de Clase	Generalmente el salón de clase es una combinación de niños de NCPK, niños con discapacidades especiales, y niños que pagan por el cupo. Todos los salones de clases usan el Currículo Creativo del Pre-Kínder de Carolina del Norte.
Documentación Requerida	Verificación de la Fecha de nacimiento del niño (Certificado de nacimiento) y verificación de las entradas o ingresos de dinero (2 copias de los cheques de pago, la W2, forma de impuestos o tarjeta de Medicaid del niño/a).
Proceso de Selección	Selección es en junio y familias serán informados en julio.
¿Programas para cuidados de niño antes y después de clases?	Para más información por favor llame al Centro de Recursos para Niños al 828-695-6565 o para español al 828-695-6515.

Ubicaciones de Salones de Clases 2025-2026 (sujeto a cambios)

Guardería A New Beginning en Newton	Balls Creek Elementary	Bandys High School Pre-K
Catawba Elementary	Claremont Elementary	Clyde Campbell Elementary* (Clase Bilingüe)
Escuelita de Conover (antes y después)	Fred T. Foard High School Pre-K	Hickory High School Pre-K
Longview Elementary	Lyle Creek Elementary	Maiden Elementary
Oakwood Elementary	Guardería a New Beginning en Sherrills Ford	Shuford Elementary
South Newton Elementary	Southwest Primary	Startown Elementary
St. Stephens High School Pre-K	Centro de Tyndall en Conover	Viewmont Elementary
Webb A. Murray Elementary	North Newton Elementary	*- Este salón es bilingüe / doble idioma



**Catawba County's NC Pre-Kindergarten Program is administered by the
Catawba County Partnership for Children**
P.O. Box 3123, Hickory, NC 28603 • 738 4th Street SW, Hickory, NC 28602
828-695-6505 • 828-328-4551 (fax) • CatawbaKids.com • MCarlton@catawbacountync.gov

For Office Use Only

APPLICATION #: _____ TOTAL POINTS: _____

Date Received: _____ Complete Incomplete Date Complete (if different) _____

Postcard Sent: _____ Eligible: Yes No If not, why: Age Over Income Other: _____

Currently Enrolled (Star - _____) Not Currently Enrolled



Aplicación para Pre-Kínder del Condado de Catawba 2026-2027

Nombre Completo del Niño: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Apodo

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ Masculino Femenino Condado: _____
Mes - Día - Año (**Debe enviar una copia del certificado del nacimiento de su niño/a.**)

Nombre de la Madre/Guardián: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Dirección: _____
De Calle Apt. # Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono (Incluye el número de área): _____ Celular: _____

Si no tiene un teléfono, indíquenos otro número para que lo contactemos: _____

¿El niño/a es Hispano(a) / Latino(a)? Sí No

Por favor marque todos los que aplican: Asiático Afro-Americano Americano Nativo o de las Islas Pacificas
 Americano Nativo o Nativo de Alaska Blanco/Euro-Americano

¿Hablan inglés en el hogar? Hablamos inglés Hablamos algo de inglés No hablamos inglés

¿Qué otro idioma habla el niño/a en casa? _____

¿Cuándo se mudó a esta dirección? _____ (Mes / Año)

¿Su familia ha estado alguna vez sin hogar? Sí No

¿Es su hijo ciudadano de los Estados Unidos? Si No (Ciudadanía de los Estados Unidos **no afecta** su elegibilidad.)

¿A qué escuela primaria asistirá su hijo? _____ No se

INFORMACIÓN SOBRE LAS UBICACIONES (Estos lugares son tentativos y están sujetos a cambios basados en fondos y otros factores)
Por favor escriba sus **3 opciones principales** para la clase de su niño/a, con **1** para su primera elección, **2** para su segunda elección, y un **3** para su tercera elección. (**No podemos garantizar sus mejores opciones, pero haremos todos los esfuerzos posibles para ubicarlo en el lugar que prefiera.**)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Guardería A New Beginning en Newton | <input type="checkbox"/> Balls Creek Elementary | <input type="checkbox"/> Bandys High School Pre-K |
| <input type="checkbox"/> Catawba Elementary | <input type="checkbox"/> Claremont Elementary | <input type="checkbox"/> Clyde Campbell Elementary* |
| <input type="checkbox"/> Escuelita de Conover (antes y después) | <input type="checkbox"/> Fred T. Foard High School Pre-K | <input type="checkbox"/> Hickory High School Pre-K |
| <input type="checkbox"/> Longview Elementary | <input type="checkbox"/> Lyle Creek Elementary | <input type="checkbox"/> Maiden Elementary |
| <input type="checkbox"/> Oakwood Elementary | <input type="checkbox"/> Southwest Primary | <input type="checkbox"/> Shuford Elementary |
| <input type="checkbox"/> South Newton Elementary | <input type="checkbox"/> Centro de Tyndall en Conover | <input type="checkbox"/> Startown Elementary |
| <input type="checkbox"/> St. Stephens High School Pre-K | <input type="checkbox"/> Webb A. Murray Elementary School | <input type="checkbox"/> Viewmont Elementary |
| <input type="checkbox"/> Guardería A New Beginning en Sherrils Ford | <input type="checkbox"/> North Newton Elementary | |

*- Este salon es bilingüe / doble idioma

¿Algún miembro de su familia ha asistido alguna vez a una clase de Head Start o NCPK/More at Four? Sí No

¿Si usted contestó a la anterior pregunta si, donde? _____



Aplicación para Pre-Kínder del Condado de Catawba 2026-2027

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El niño vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro: _____

Estado Civil de los Padres: Solteros Casados Separados Divorciados

Si usted tiene o ha hecho arreglos sobre la custodia de su hijo ya sea oficial o no, por favor déjenos saber: _____

¿Alguno de los padres o guardián del menor es miembro activo de las fuerzas armadas? Si No

Madre o Guardián: Fecha de Nacimiento de la Madre o Guardián: _____

Por favor elija a cuál de estas le aplica a usted: Desempleada Empleado tiempo completo
 Empleado medio tiempo Está en la escuela tiempo completo Está en la escuela medio tiempo

Lugar de Empleo de la Madre/Guardián (si trabaja): _____

Escuela de la Madre/Guardián (si estudia): _____

Nivel de Educación de la Madre:

- La madre no termino la secundaria La madre tiene un GED (Diploma de educación general)
- La madre tiene un diploma de la Secundaria La madre ha tenido algunos estudios superiores
- La madre se graduó en la universidad

Padre o Guardián: Fecha de Nacimiento del Padre o Guardián: _____

Por favor elija a cuál de estas le aplica a usted: Desempleado Empleado tiempo completo
 Empleado medio tiempo Está en la escuela tiempo completo Está en la escuela medio tiempo

Lugar de Empleo del Padre/Guardián (si trabaja): _____

Escuela del Padre/Guardián (si estudia): _____

Nivel de Educación del Padre/Guardián:

- El padre no ha terminado la secundaria El padre tiene un GED (Diploma de educación general)
- El padre tiene un diploma de la Secundaria El padre ha tenido algunos estudios superiores
- El padre se graduó en la universidad

Anote todos los **adultos** que viven en el hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Relación con el Niño</u> (quien está aplicando)

Anote todos los **niños** que viven en el hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Escuela</u>	<u>Grado</u>



Aplicación para Pre-Kínder del Condado de Catawba 2026-2027

Persona de contacto en caso de emergencia: _____
(Otra persona que no sea los padres / guardián)

Relación con el Niño: _____ Número de Teléfono: _____

¿Recibe su hijo alguno de los siguientes servicios? (Por favor marque todos los que aplican.)

- Terapia del Lenguaje Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia de ABA Terapia de Juego
 Visitas a su hogar de un especialista Especialista de Equipo de Ayuda a la Niñez Temprana (siglas en Ingles ECST)
 Otro (Por favor describa): _____

¿Ha sido su hijo diagnosticado identificado con algunas de las siguientes? (Marque todas las que aplican.)

- Autismo Discapacidad Aditiva o del Oído Trastorno o Discapacidad en el Habla Discapacitado Visualmente
 Discapacidad ortopédica Retraso en el desarrollo preescolar Otra (Por favor describa): _____

Si es si ¿Que agencia o sistema escolar está trabajando con él/ella? _____

¿Cuándo se le diagnostico con esta discapacidad? _____

¿Tiene su hijo un plan Especializado de Desarrollo (IEP siglas en Ingles)? Si No No se

¿Si su respuesta es sí, cual fue la agencia o el sistema escolar que lo hizo? _____

El programa de NCPK, los sistemas escolares y el programa de niños excepcionales están separados, pero algunas veces se entrecruzan entre ellos. Si su niño/a califica para NC Pre-K, nosotros queremos trabajar con usted y su familia y su sistema escolar para encontrarle el mejor lugar posible para su hijo. Sin embargo, las reglas Federales, Estatales y Locales sobre los niños excepcionales deben tener prioridad sobre las pautas del Programa de Pre-Kínder de Carolina del Norte (NCPK).

¿Tiene su hijo problemas crónicos de salud? Sí No

Si este es el caso, por favor explique: _____

¿Padece alguien en su familia inmediata algún problema de desarrollo, salud o enfermedades crónicas? Sí No

Si este es el caso, por favor explique: _____

¿Su niño/a asiste actualmente en una guardería o programa infantil? Sí No

¿Si sí, en cuál participa? _____

¿A usted solicitado el subsidio o beca para la guardería por el Departamento de Servicios Sociales? Sí No

Si este es el caso por favor marque la casilla correspondiente:

- Actualmente recibo subsidio Estamos en la lista de espera para subsidio No cumplimos los requisitos para subsidio

¿Si su hijo no está asistiendo actualmente a un programa pre-escolar o guardería, ha estado alguna vez inscrito o asistió a alguno de estos programas? Sí No

¿Cuándo asistió su hijo? _____

¿Dónde asistió su hijo? _____

¿Quién cuida actualmente de su niño/a durante el día? _____



Aplicación para Pre-Kínder del Condado de Catawba 2026-2027

INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Obtiene usted ayuda de cualquiera de estos servicios? (Marcar o chequear todas las que aplique.)

- Estampillas de Comidas Medicaid/Medicare/Health Choice
 WIC Ayuda de Albergue Público
 Subsidio para Guarderías Pagos de Manutención – Cantidad recibida: \$ _____
 AFDC/Trabajo Primero - Cantidad recibida: \$ _____
 Seguro Social - Cantidad recibida: \$ _____
 Desempleo - Cantidad recibida: \$ _____
 Otro: _____ Cantidad recibida: \$ _____
 En este momento no recibo ningún tipo de ayuda o ingresos de las fuentes mencionadas. (Si marca esta casilla le enviaremos documentación adicional que debe completar y devolver).

Información de Comprobantes de Ingresos Requeridas.

Usted debe incluir una copia de sus últimas 2 cheques de pago del trabajo, la forma 1040, la forma W-2, o si no tiene ingresos, la tarjeta de Medicaid del niño/a.

Los ingresos **TOTALES** de su hogar: \$ _____ Semanalmente Mensualmente Anualmente
(Incluyendo todas las fuentes de ingresos listadas arriba)

¿Algunos niños de su hogar califica para (por favor marque la casilla que corresponda):

- Almuerzo Gratis en la Escuela Almuerzo de Costo Reducido en la Escuela

OTRA INFORMACIÓN

¿Su familia esta (actualmente o en el pasado) recibiendo apoyo del Servicio de Protección al Niño (CPS siglas en inglés)?

- Sí No

¿Quién le recomendó a usted al Programa de NCPK? Family Net CDSA Children's Resource Center

- Padres Como Maestros Salud Mental Salud Publica / Coordinación de Servicios para el Niño
 Servicios Sociales Escuelas Otro: _____

¿Hay alguna otra información acerca de su hijo que usted quiera compartir con nosotros? _____

**** LA FIRMA DE UNO DE LOS PADRES/GUARDIÁNES ES REQUERIDA ****

Yo certifico que la información proporcionada en esta aplicación es la verdad de acuerdo a mis conocimientos. Yo entiendo y soy responsable por mantener al día la información de esta aplicación a la oficina del Programa de **NCPK al teléfono 828-695-6505/828-695-6515** con cualquier información que en esta aplicación cambie (número de teléfono, dirección, trabajo, ingresos de trabajo, etc.). Autorizo que la información en esta aplicación y cualquier otra documentación sean compartidas y leídas por el comité de selección, maestros de los salones de clase, DCDEE (siglas en Ingles Division of Child Development and Early Education), y otras agencias que sean necesarias. Entiendo que, al enviar información falsa, la aplicación pueda ser rechazada.

Firma del padre/ guardián

Fecha