



## Hertford County Schools 2020-2021 NC Pre-K Application Information (En español en la parte de atrás)

Thank you for your interest in the North Carolina Pre-Kindergarten (NCPK) Program of Hertford County. 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.

**Eligibility:** Child must be four years old on or before August 31st of the program year and family Income must fall at or below 75% of the State Median Income. Other eligibility factors may be considered based on guidelines set by the State of North Carolina.

### **How to submit your application:**

Completed applications must include signatures and initials as needed, as well as the following documentation:

- Copy of Birth Certificate
- Copy of Legal Guardianship papers (if applicable)
- Current Proof of Income: Copy of 1040 or W2 from 2019 or (4) consecutive pay stubs.
  - Weekly (4 pay stubs)
  - Bi-weekly & Semi Monthly (2 pay stubs)
  - Monthly (1 pay stub)
- Proof of Residence (Light Bill, Rental / Lease Agreement, Mortgage statement)
- Preschool Health Assessment Form (Completed within the last 12 months)
- Up to Date Immunization/ Shot Record
- Other (IEP, letter from doctor or therapist currently providing services to child, developmental screenings)

---

Gracias por su interés en el Programa Pre-Kindergarten de Carolina del Norte (NCPK) del Condado de Hertford.

El Programa De Pre-Kindergarten de Carolina del Norte es un programa de alta calidad que sirve a los niños que están en riesgo y los prepara para el éxito en la escuela. Al llenar esta solicitud, no garantiza a su hijo una colocación en el programa.

**Elegibilidad:** El niño debe tener cuatro años de edad en o antes del 31 de agosto del año del programa y los ingresos familiares deben caer en o por debajo del 75% de los ingresos medios del estado. Otros factores de elegibilidad pueden ser considerados basados en las pautas establecidas por el Estado de Carolina del Norte.

### **Cómo enviar su solicitud:**

Las solicitudes completadas deben incluir firmas e iniciales según sea necesario, así como la siguiente documentación:

- Copia de Partida de Nacimiento
  - Copia de papeles de Tutela Legales (si applicable)
  - Prueba Corriente de Ingresos: Copia de 1040 o W2 a partir de 2019 (o 4) hojas de paga consecutivas.
    - Semanal (4 recibos de pago)
    - Bi-semanal y semestral (2 recibos de pago)
    - Mensual (1 recibo de pago)
  - Prueba de Residencia (Cuenta Ligera, Alquiler / Acuerdo de Arriendo, declaración de Hipoteca)
  - Forma de Evaluación de Salud Preescolar (Completado dentro de los 12 meses pasados)
  - Inmunización moderna / Registro de Tiro
  - Otro (IEP, carta de doctor o terapeuta que actualmente proporciona servicios a niño, proyecciones del desarrollo)
-



<p><b>Please list the names of parents/guardians and siblings who live in the household. (Do not include siblings over 18) Enumere los nombres de los padres/ tutores y hermanos que viven en el hogar (No incluya hermanos mayores de 18 años)</b></p>	<p><b>Relationship to the NC Pre-K Child Relación con el niño de NC Pre-K</b></p>	<p><b>Age Edad</b></p>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

**Family Income/ Ingreso Familiar**

**NOTE: Documentation of each applicable source of family income is required. /NOTA: Se require documentación De cada Fuente aplicable de los ingresos de la familia**

**Parent/ Guardian 1/ Padre/ Tutor 1:** \_\_\_\_\_

**Please check all that apply Por Favor marque todos los que apliquen**

Employed/Empleado:  Yes/ Si  No

(list average hours worked per week/ indique el promedio de horas trabajadas por semana): \_\_\_\_\_

- Seeking Employment/Buscando empleo
- Attending job training/Asistiendo a entrenamiento de trabajo
- Attending secondary education/ Asistiendo a educación secundaria
- Attending high school/ GED/ Asistiendo a la escuela secundaria/GED

<b>Current Wages BEFORE Taxes/ Los salarios Actuales ANTES de Impuestos</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Alimony/ Pension Alimenticia</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Child Support/ Sustento de Menores</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Workers' Comp/ Compensación al trabajador</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Unemployment/ Desempleo</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al es	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>SSA/SSDI</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Overtime</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal

**Parent/ Guardian 2/ Padre/ Tutor 2:** \_\_\_\_\_

**Please check all that apply Por Favor marque todos los que apliquen**

Employed/Empleado:  Yes/ Si  No

(list average hours worked per week/ indique el promedio de horas trabajadas por semana): \_\_\_\_\_

Seeking Employment/ Buscando empleo

Attending job training/ Asistiendo a entrenamiento de trabajo

Attending secondary education/ Asistiendo a educación secundaria

Attending high school/ GED/ Asistiendo a la escuela secundaria/GED

<b>Current Wages BEFORE Taxes/ Los salarios Actuales ANTES de Impuestos</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Alimony/ Pension Alimenticia</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Child Support/ Sustento de Menores</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Workers' Comp/ Compensación al trabajador</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Unemployment/ Desempleo</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>SSA/SSDI</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal
<b>Overtime</b>	\$ _____	This amount Is/ Esta cantidad es	<input type="checkbox"/> Yearly Anual	<input type="checkbox"/> Monthly mensual	<input type="checkbox"/> Twice monthly Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Bi-weekly quincenal	<input type="checkbox"/> Weekly Semanal

**English**

**Español**

<p><b><u>Language</u></b> *Required          What is the primary language spoken with the child at home?          _____</p> <p>Does your child speak and understand English?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If not, in which language below would you prefer your child be screened (check <b>one</b>)? <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Burmese <input type="checkbox"/> French  <input type="checkbox"/> Jarai <input type="checkbox"/> Rade <input checked="" type="checkbox"/> Swahili</p>	<p><b><u>Idioma</u></b> *Requisito          ¿ Cuál es el idioma principal que se habla con el niño en casa?          _____</p> <p>¿ Su hijo habla y entiende inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿ Si no, en cual idioma le gustaría que su hijo sea evaluado?(marque solo <b>uno</b>)  <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Frances  <input type="checkbox"/> Jarai <input type="checkbox"/> Rade <input type="checkbox"/> Swahili</p>
<p><b><u>Health</u></b> *Required  <b>Official documentation from a medical provider indicating a child's chronic condition is required. Application cannot be processed without doctor's documentation and signature.</b></p> <p>Does your child have a <b>chronic</b> health condition identified by a medical professional?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, what is the chronic health condition?          _____</p>	<p><b><u>Salud</u></b> *Requisito  <b>Se requiere la documentación oficial del proveedor médico que indique la condición crónica del niño. La solicitud no puede ser procesada sin la documentación y firma del médico.</b></p> <p>¿ Tiene su niño alguna condición crónica identificada por un proveedor médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es el estado crónica de salud?          _____</p>
<p><b><u>Military Service</u></b> *Required  <b>Documentation of a parent's military service (includes current active duty and serious injury or death resulting from military service) is required.</b></p> <p>Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military, or was a parent or legal guardian of this child seriously injured or killed while on active duty?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b><u>Servicio Militar</u></b> *Requisito  <b>Se requiere la documentación del servicio militar de los padres (incluyendo servicio militar actual, lesiones graves o muerte en el servicio militar).</b></p> <p>¿Es uno de los padres o tutor legal de este niño un miembro activo de las fuerzas armadas, o el padre o tutor legal de este niño ha sido gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b><u>Child's Prior Placement</u></b> *Required (Check <b>one</b>)  <input type="checkbox"/> My child has never been served in any preschool or child care setting.  <input type="checkbox"/> My child is currently unserved (at home now but may have previously been in child care or some other preschool program).  <input type="checkbox"/> My child is in unregulated child care  <input type="checkbox"/> My child is in a one or two-star facility  <input type="checkbox"/> My child is not receiving subsidy but is in some kind of regulated child care or preschool program  <input type="checkbox"/> My child is receiving subsidy and is in some kind of regulated child care or preschool program.</p>	<p><b><u>Ubicación Previa del Niño</u></b> *Requisito (marque <b>uno</b>)  <input type="checkbox"/> Mi hijo nunca ha asistido a ningún preescolar o guardería.  <input type="checkbox"/> Mi hijo no asiste actualmente a un preescolar (está en casa ahora , pero pudo haber asistido a una guardería o a algún programa preescolar previamente).  <input type="checkbox"/> Mi hijo está en un cuidado de niño que no es reglamentado.  <input type="checkbox"/> Mi hijo está en un centro calificado de una o dos estrellas  <input type="checkbox"/> Mi hijo no está recibiendo subsidio, pero está asistiendo a un tipo de cuidado infantil o programa preescolar reglamentado.  <input type="checkbox"/> Mi hijo está recibiendo subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil o programa preescolar reglamentado.</p>
<p><b>Was your child previously served by a NC Pre-K site as a three-year-old? *Required</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>¿Su niño asistió anteriormente a un Pre-K de carolina del Norte cuando tenía tres años? *Requisito</b>  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

**English**

**Español**

**Development and/or Educational Need** \*Required

Has this child been referred for or identified with a disability by a professional?  Yes  No (if no, skip to the next page)

Date of referral for evaluation of disability:

What was the decision from the disability evaluation for this child?

- No disability identified.
- Evaluation decision in process
- One or more disabilities identified.
- Do not know.

Type of identified disability/ disabilities for this child. Check all that apply:

<input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder	<input type="checkbox"/> Deaf-Blindness
<input type="checkbox"/> Deafness	<input type="checkbox"/> Developmental Delay
<input type="checkbox"/> Emotional Disability	<input type="checkbox"/> Hearing Impairment
<input type="checkbox"/> Intellectual Disability	<input type="checkbox"/> Multiple Disabilities
<input type="checkbox"/> Orthopedic Impairment	<input type="checkbox"/> Other Health Impairment
<input type="checkbox"/> Specific Learning Disability	<input type="checkbox"/> Speech or Language Impairment
<input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury	<input type="checkbox"/> Visual Impairment Including blindness

Does this child have an active Individual Education Program (IEP) with Hertford County Schools? \*\*  
 Yes  No

Has this child been referred for services related to his/her disability?  
 Yes  No

Is this child currently receiving services related to his/her disability?  
 Yes  No

**\*Documentation indicating developmental or educational need is required, if applicable.  
 \*\*Please provide a copy of the child's IEP, If applicable.**

**Double check that you have answered all required questions and collected the necessary documentation. Failure to answer all questions will delay application processing and your child's possible placement.**

**Desarrollo y/o/Necesidad Educativa** \*Requisito

¿Este niño ha sido referido o identificado por un profesional para alguna evaluación por discapacidad?  
 Si  No (Si no, pase a la página siguiente)

Fecha del referido de evaluación de la discapacidad:

¿Cuál fue la decisión de la evaluación de la discapacidad para este niño?:

- Ninguna discapacidad identificada
- Decisión de la evaluación en proceso
- Una o más discapacidades identificadas.
- No lo sé

Tipo de discapacidad (es) identificadas para este niño. Marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro	<input type="checkbox"/> Sordo-ciego
<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva
<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> Múltiples discapacidad
<input type="checkbox"/> Problema ortopédico	<input type="checkbox"/> Otras discapacidad de salud
<input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla o lenguaje
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual Incluyendo la ceguera

¿El niño tiene un Plan de Educación Individualizada (IEP) activo con las Escuelas del Condado de Hertford? \*\*  
 Si  No

¿El niño ha sido referido para servicios relacionados por la discapacidad?  
 Si  No

¿El niño recibe servicios relacionados por la discapacidad?  
 Si  No

**\*Se requiere documentación que indique la necesidad educativo o de desarrollo, si es aplicable.  
 \*\* Por favor proporcione una copia del IEP de su niño, si es aplicable.**

**Verifique nuevamente que haya respondido todas las preguntas requeridas y haya recopilado la documentación necesaria. El no responder a todas las preguntas puede demorar el proceso de la aplicación y la posible ubicación de su hijo.**

**Parent Responsibility and Participation (Please INITIAL for each statement) (Otro lado español)**

\_\_\_\_\_ I understand this is an application for services offered and does not constitute enrollment into any program.  
/Entiendo que esta es una solicitud de servicios ofrecidos y no constituye inscripción en ningún programa.

\_\_\_\_\_ I certify that the information given on this application is true and accurate and all income has been reported.  
/Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y precisa y que todos los ingresos han sido reportados.

\_\_\_\_\_ I understand that this information is being given for receipt of federal and/or state funds. Program staff may verify the information on this application. Deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable federal and/or state laws./Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales y / o estatales. El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes federales y / o estatales aplicables.

\_\_\_\_\_ I authorize Partnering Pre-K agencies (Hertford County Public Schools and Northampton Partnership For Children ) 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./Autorizo a las agencias Partnering Pre-K (Escuelas Públicas del Condado de Hertford y Northampton Partnership For Children) a intercambiar información sobre mi hijo con el fin de determinar la elegibilidad para los Programas Pre-K financiados por el estado y el gobierno federal y para la recolección de datos por parte de la oficina de Early Learning y División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana.

\_\_\_\_\_ 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 (Hertford County Schools and Northampton Partnership For Children)/Doy permiso para que mi hijo reciba evaluaciones de desarrollo, audición, visión, dentales y / o del habla y lenguaje y para que los resultados de estas evaluaciones se compartan con los Programas de Prekínder asociados (Escuelas del Condado de Hertford y Northampton Partnership For Children)

\_\_\_\_\_ I understand that if my child is selected to participate in the NC Pre-K program, parent involvement will be critical to the success of my child and I/we commit to participate as required by the program criteria./Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en el programa NC Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo y yo / nosotros nos comprometemos a participar según lo exijan los criterios del programa.

\_\_\_\_\_ I understand that NC Pre-K is designed to serve at-risk children and that every effort shall be made by me and the NC Pre-K program to maintain my child's enrollment and participation./Entiendo que NC Pre-K está diseñado para atender a niños en riesgo y que yo y el programa NC Pre-K haremos todo lo posible para mantener la inscripción y participación de mi hijo.

\_\_\_\_\_ I understand that transportation is provided by Hertford County Schools and cannot be deemed guaranteed. Students must adhere to the rules and regulations of the transportation requirements for preschool children on public school buses./Entiendo que el transporte es proporcionado por las Escuelas del Condado de Hertford y no puede considerarse garantizado. Los estudiantes deben cumplir con las reglas y regulaciones de los requisitos de transporte para niños en edad preescolar en autobuses escolares públicos.

\_\_\_\_\_ I understand that my child will need a current updated health assessment and immunizations before he/she attends the program./Entiendo que mi hijo necesitará una evaluación de salud actualizada y vacunas antes de que él / ella asista al programa.

**Parent/Guardian Signature: \*** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Relationship to child:** \_\_\_\_\_

\*if guardian signs, please attach documentation of guardianship.