

NC Pre-Kindergarten information for the 2023-2024 School Year

Información del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) para el año escolar 2023-2024

Applying to the NC Pre-Kindergarten Program

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: *either* a 2022 income tax return, 2022 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 signatures, dates, or the requested documentation will not be considered.

Return the completed child application and supporting documentation to:

**Your Preferred NC Pre-K Provider OR
Smart Start of Transylvania County
PO Box 1676 Brevard, NC 28712 or
rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org**

Inscripción al Programa NC Pre-Kindergarten

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**

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:*

WNCSource (formerly WESTERN CAROLINA COMMUNITY ACTION)

Brevard Children's Center, Hillview Head Start, 181 Hillview Circle, Brevard, NC 28712
Darlene Cabe, Director/Site Administrator, 828-884-2255

LISA'S KIDDIEGARTEN

Lisa Crite, Director, 828-877-3707, 38 Old Hendersonville Hwy, Brevard, NC 28712

NANNA'S AND MOMMY'S TOO

Mi Thompson, 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

Audrey Reneau, Director of Early Learning, 828-884-6173
Christine Brown, Preschool Coordinator, 828-884-2001

BEEHIVE LEARNING CENTER AT BREVARD ELEMENTARY SCHOOL

Michael Kirst, Principal 828-884-2001 399 Greenville Hwy, Brevard, NC 28712

THE CUBHOUSE AT ROSMAN ELEMENTARY SCHOOL

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

THE RANGER'S STATION AT PISGAH FOREST ELEMENTARY SCHOOL

Tonya Treadway, Principal 828-877-4481 1160 Ecusta Rd, Brevard, NC 28712

THE CUB'S DEN AT T.C. HENDERSON ELEMENTARY SCHOOL

Patrick Chapman, Principal 828-862-4463 11839 Rosman Hwy, Lake Toxaway, NC 28747

2023-2024 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	☐ Male Masculino	☐ Female Femenino	
Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) Raza/Etnia del niño/a (marque todas las opciones que correspondan) ☐ White or European American Blanca o Americano-europea ☐ American Indian/Alaska Native Amerindia/Nativa de Alaska ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico ☐ Black or African American Negra o Afroamericana ☐ Asian Asiática			
Hispanic? ¿Hispano/a?	☐ Yes Sí	☐ 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?	☐ Yes Sí	☐ 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?	☐ Yes Sí	☐ No No	
Does the child receive a child care subsidy voucher? ¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería?	☐ Yes Sí	☐ 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?	☐ Yes Sí	☐ 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) ☐ 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) ☐ 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.) ☐ 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)			

2023-2024 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:

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.

Gender Género	☐ Male Masculino	☐ Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	☐ Father Padre	☐ Mother Madre
☐ 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:

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.

Gender Género	☐ Male Masculino	☐ Female Femenino
Relationship to Child Parentesco con el/la niño/a	☐ Father Padre	☐ Mother Madre
☐ 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

2023-2024 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)	
☐ Income before taxes Sueldo bruto antes de impuestos	\$
☐ Alimony Manutención	\$
☐ Child support Manutención infantil	\$
☐ Workers Comp Indemnización por accidente laboral	\$
☐ Unemployment Subsidio por desempleo	\$
☐ SSI/TANF/Work First Seguro Social-SSI/TANF/Work First	\$
☐ What is the family's total Annual Gross Income (before taxes?) ¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)?	\$ (To be completed by enrollment staff)
With whom does the child live? ¿Con quién reside el/la niño/a? ☐ Both Parents Ambos padres ☐ Father Only Solamente con el padre ☐ Mother Only Solamente con la madre ☐ Other, please specify Otro, especifique:	
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

2023-2024 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? ☐ Yes | Sí ☐ 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?

- ☐ Yes, Continue on with the remaining questions | Sí, continúe con las preguntas siguientes
☐ 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?

- ☐ No disability identified | No se identificó ninguna discapacidad
☐ Evaluation decision in process | La decisión de la evaluación se encuentra en proceso
☐ One or more disabilities identified | Se identificaron una o más discapacidades
☐ 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)

- ☐ Autistic | Autista
☐ Hearing Impaired | Discapacidad auditiva
☐ Orthopedically Impaired | Discapacidad ortopédica
☐ Severely/Profoundly Mentally Disabled | Discapacidad mental severa/muy severa
☐ Speech/Language Impaired | Discapacidad de habla/lenguaje
☐ Visually Impaired | Discapacidad visual
☐ Behaviorally/Emotionally Disabled | Discapacidad emocional/de comportamiento
☐ Multi-Handicapped (please explain) | Discapacidad múltiple (explique)
☐ Preschool/Persistent Developmentally Delayed | Retraso en el desarrollo preescolar/permanente
☐ 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? ☐ Yes | Sí ☐ No | No

Is this child receiving services related to the disability? | ¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es? ☐ Yes | Sí ☐ 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? ☐ Yes | Sí ☐ No | No

2023-2024 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?