



2020-2021 NC Pre-K Application Information for Chatham County

(En español en la parte de atrás)

Applications are accepted beginning in January of each year and continue to be accepted. The initial application period for the year 2020-2021 is January 1, 2020 through May 1, 2020. Once eligibility has been determined, enrollment and assignment of children to sites will be based on first come first served basis within the group of children who have applied to each site. Applications from outside of Chatham County will be considered for enrollment up to 3% of the total slots. Additional applications from out of county will be reviewed by the advisory committee after July 1 based on slot availability.

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

REQUIRED DOCUMENTATION

Application will not be processed until all of the required documentation has been received.

Please see the checklist below for a list of the required documents.

- ___ Completed Application: (signed and dated)
- ___ Proof of Birth: (Copy of Birth Certificate, medical records, immunization records)
- ___ Proof of Income: (1040, 1040EZ, W2, **or** one month of current, consecutive paystubs)
- ___ Additional income: child support, alimony, Social Security benefits, overtime, etc. *(if applicable)*
- ___ Proof of Residency: current utility bill **or** rental agreement
- ___ **If applicable**, legal documentation for guardianship/custody, chronic health condition, parent's military service, developmental or educational needs and/or an active IEP.

Office Use:

Date: _____
 DOB: _____
 #1: _____ #2: _____
 Residency: _____
 Additional: _____

Documentation Required before attendance:

- ___ Immunization Records (required within 30 days)
- ___ Health Assessment (required within 30 days)
- ___ TB Test (required for Telamon Head Start)
- ___ Certified Birth Certificate (required for Title 1/Chatham County Schools)

OFFICE USE ONLY

Location Application was Received: _____ Received by: _____

Date Received: _____ Date Complete: _____

Child's Name: _____

Site Preference: _____

NC Pre-K Scorecard: _____ Is child eligible for NC Pre -K? _____ Yes _____ No

Immunization Records: _____ Health/Dental Assessment: _____

Developmental Screening: _____ DPIL: _____

Reviewed by: _____ Date Verified: _____

Program Coordinator: _____ Date Verified: _____

Return completed original application and documentation by mail:

Chatham County Partnership for Children PO Box 637
 Pittsboro, NC 27312

OR return in person directly to preferred site

For additional information, please call the NC Pre-K Coordinator at 919-542-7449 ext. 131.

2020-2021 NC Pre-K Información de solicitud para Chatham County

Las solicitudes de inscripción comienzan a ser aceptadas cada año a partir del mes de enero. El periodo de inscripción inicial para el año 2020-2021 será entre el 1 de enero y el 1 de mayo, 2020. Una vez haya sido determinada su elegibilidad, la matrícula y asignación de cupos para los niños en las diferentes instalaciones donde funcione nuestro programa de Pre-K, se hará de acuerdo con el orden con el que se hayan inscrito las familias en cada una de dichas instalaciones. Las solicitudes que provengan de fuera del Condado de Chatham serán consideradas para inscripción hasta el 3% de los cupos totales. Solicitudes adicionales provenientes de fuera del condado serán revisadas por el comité asesor después del primero de julio en base a la disponibilidad de cupos.

Esta aplicación es para los niños que cumplirán cuatro años antes del 31 de agosto del 2020.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

La aplicación no será procesada hasta que toda la documentación requerida haya sido recibida.

Por favor revise la lista de verificación a continuación.

- ☐ Aplicación completa (firmada y con fecha)
- ☐ Prueba de nacimiento: (copia del acta de nacimiento, registros médicos, cartilla de vacunación)
- ☐ Prueba de ingresos: (1040, 1040EZ, W2, o un mes de recibos de pago actuales y consecutivos)
- ☐ Ingresos adicionales: pensión alimenticia, pensión conyugal, beneficios de Seguridad Social, tiempo extra, etc. (si aplica)
- ☐ Prueba de residencia: factura de un servicio actual o acuerdo de arriendo.
- ☐ Si aplica, documentación de la custodia / tutela legal, condiciones de salud crónicas, servicio militar de padre o madre, necesidades educacionales o de desarrollo y/o un programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)

Documentación requerida antes de asistir a la escuela:

- ☐ Tarjeta de Vacunación (se requiere entregar dentro de 30 días después de la inscripción) ☐ Examen médico (se requiere entregar dentro de 30 días después de la inscripción)
- ☐ Prueba de TB (se requiere para Telamon Head Start)
- ☐ Acta de Nacimiento Certificada (se requiere para Título Uno/CCS)

USO OFICIAL SOLAMENTE

Date: _____

DOB: _____

#1: _____ #2: _____

Residency: _____

Additional: _____

USO OFICIAL SOLAMENTE

Location Application was Received: _____ Received by: _____

Date Received: _____ Date Complete: _____

Child's Name: _____

Site Preference: _____

NC Pre-K Scorecard: _____ Is child eligible for NC Pre -K? ☐ Yes ☐ No

Immunization Records: _____ Health/Dental Assessment: _____

Developmental Screening: _____ DPIL: _____

Reviewed by: _____ Date Verified: _____

Program Coordinator: _____ Date Verified: _____

Envíe la aplicación original completa y la documentación por correo:

Chatham County Partnership for Children PO Box 637
Pittsboro, NC 27312

O llevar en persona directamente al sitio preferido

Para más información, llame a la coordinadora del programa NC Pre-K, al teléfono: 919-542-7449 ext. 131.

CHILD'S INFORMATION/INFORMACION DEL NIÑO

Child must be 4 years old on or before August 31, 2020. / El niño debe tener 4 años cumplidos el 31 de agosto de 2020 o antes.

Child's Name _____ **Date of Birth** _____
Nombre del Niño _____ **Fecha de Nacimiento** _____
 First / Primer Nombre Middle / Segundo Nombre Last / Apellidos (MM/DD/YY)

Child's Address _____
Dirección del Niño _____
 Street / Calle City / Ciudad State / Estado Zip / Código Postal County / Condado

Mailing Address _____
Dirección de Correspondencia _____
 Street / Calle City / Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Email Address _____
Correo Electrónico _____

Gender / Género: ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino

Please indicate the family address situation/ ☐ Permanent/ ☐ Homeless or Emergency Homeless Shelter/Sin hogar o en un ☐ Battered Women and Children Shelter/Refugio
Por favor indique la situación domiciliaria de ☐ Permanente ☐ refugio de emergencia para gente sin hogar para mujeres y niños maltratados
la familia: ☐ Hotel/Motel ☐ Hospital for 30 days or under/Hospital por 30 días o menos ☐ Lack permanent nighttime address/Carece de dirección nocturna permanente

Ethnicity / Etnia: ☐ Latino or Hispanic / Hispano ☐ Not Latino or Hispanic / No Hispano

Race (check all that apply): ☐ White or European American / Blanco o Americano Europeo ☐ Black or African American / Negro o Afro Americano
Raza (marque todo lo que aplique): ☐ Native American Indian or Alaska Native / ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander /
 Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái U otra Isla Pacifica Islandés
☐ Asian / Asiático

If the child lives with an adult who has legal custody or guardianship, is the adult: ☐ Blood Relative/Consanguíneo
Si el niño o niña vive con un adulto que tenga tutela legal o custodia, el adulto es: ☐ Non-Relative/No es pariente

Please list the names of <u>parents/guardians</u> and <u>siblings</u> that live in the household. <i>Enumere los nombres de los padres / tutores y hermanos que viven en el hogar.</i>	Relationship to the NC Pre-K Child <i>Relación con el Niño de NC Pre-K</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
1.		
2.		
2.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Custodial Parent/Guardian 1: _____	Custodial Parent/Guardian 2: _____
Relationship to Child: ☐ Parent ☐ Step-parent ☐ Legal Guardian ☐ Legal Custodian	Relationship to Child: ☐ Parent ☐ Step-parent ☐ Legal Guardian ☐ Legal Custodian
Physical Address: ☐ Check here if same as family address	Physical Address: ☐ Check here if same as family address
Primary Phone Number: _____	Primary Phone Number: _____
Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Widow/Widower	Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Widow/Widower
Employment Status: (must check Yes or No for each question) Employed: ☐ Yes ☐ No Seeking Employment: ☐ Yes ☐ No Attending Secondary Education: ☐ Yes ☐ No Attending High School/GED: ☐ Yes ☐ No Attending Job Training: ☐ Yes ☐ No Other Employment: ☐ Yes ☐ No	Employment Status: (must check Yes or No for each question) Employed: ☐ Yes ☐ No Seeking Employment: ☐ Yes ☐ No Attending Secondary Education: ☐ Yes ☐ No Attending High School/GED: ☐ Yes ☐ No Attending Job Training: ☐ Yes ☐ No Other Employment: ☐ Yes ☐ No
Place of Work (if applicable): _____ Average hours worked per week? _____ Start Date: _____	Place of Work (if applicable): _____ Average hours worked per week? _____ Start Date: _____
Current wages BEFORE Taxes \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Current wages BEFORE Taxes \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Alimony \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Alimony \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Child Support \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Child Support \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Worker's Comp \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Worker's Comp \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Unemployment \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Unemployment \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
SSI/TANF/Work First \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	SSI/TANF/Work First \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Overtime \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly	Overtime \$ _____ ☐ Yearly ☐ Monthly ☐ Twice Monthly ☐ Bi-Weekly ☐ Weekly
Complete ONLY if there is NO Household Income 2020 – 2021 NC Pre-K Zero Income Statement I certify that as the custodial parent/guardian of _____ (child's name), our household has zero income at the time of application.	
Complete ONLY if there is NO DOCUMENTATION of Income 2020 – 2021 NC Pre-K No Documentation of Income Statement I certify that as the custodial parent/guardian of _____ (child's name), our family has no documentation of income due to: ☐ homeless situation ☐ self-employed/contractual employment and financial records have either been lost/destroyed or not kept ☐ lack of tangible documentation or is only able to produce partial documentation	
My signature certifies the above information is true and correct and accurately reported. I understand that if any part of this information is found to be false, I may be subject to legal action.	
Custodial Parent/Guardian 1 Signature (required): _____ (print) (sign) (date)	
Custodial Parent/Guardian 2 Signature (required): _____ (print) (sign) (date)	

Nombre de la Padre/madre con custodia 1/Guardián: 	Nombre de la Padre/madre con custodia 2/Guardián:
Relación al Niño: ☐ Padre o madre ☐ Padrastro o madrastra ☐ Legal Guardian ☐ Legal Custodian	Relación al Niño: ☐ Padre o madre ☐ Padrastro o madrastra ☐ Legal Guardian ☐ Legal Custodian
Dirección física: ☐ Marque acá si es la misma que la dirección familiar	Dirección física: ☐ Marque acá si es la misma que la dirección familiar
Número de teléfono principal: _____	Número de teléfono principal: _____
Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a	Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
Estado de empleo: (Debe seleccionar Sí o No para cada pregunta) Empleado: ☐ Si ☐ No Buscando Empleo: ☐ Si ☐ No Asistiendo a universidad o coeducación superior: ☐ Si ☐ No Asistiendo a escuela preparatoria/GED: ☐ Si ☐ No Entrenándose para un nuevo empleo: ☐ Si ☐ No Other Employment: ☐ Si ☐ No	Estado de empleo: (Debe seleccionar Sí o No para cada pregunta) Empleado: ☐ Si ☐ No Buscando Empleo: ☐ Si ☐ No Asistiendo a universidad o coeducación superior: ☐ Si ☐ No Asistiendo a escuela preparatoria/GED: ☐ Si ☐ No Entrenándose para un nuevo empleo: ☐ Si ☐ No Other Employment: ☐ Si ☐ No
Lugar de trabajo (si aplica): _____ Promedio de horas de trabajo por semana: _____ Fecha de inicio: _____	Lugar de trabajo (si aplica): _____ Promedio de horas de trabajo por semana: _____ Fecha de inicio: _____
Salario bruto -- ANTES de impuestos \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Manutención \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Pensión alimentaria \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Compensación laboral \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Desempleo \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Social Security \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Overtime \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal	Salario bruto -- ANTES de impuestos \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Manutención \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Pensión alimentaria \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Compensación laboral \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Desempleo \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Social Security \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal Overtime \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Cada dos Semanas ☐ Semanal
Completar ÚNICAMENTE si NO hay ingresos en el hogar Declaración de ingresos cero 2020 – 2021 NC Pre-K Certifico, como el padre o madre con custodia o tutor legal de _____ (nombre del niño/la niña), que no tenemos ningún ingreso en el momento de completar esta aplicación. **Continúe ÚNICAMENTE si NO HAY DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS** Declaración de no documentación de ingresos 2020 – 2021 NC Pre-K Certifico, como el padre o madre con custodia o tutor legal de _____ (nombre del niño/la niña), que nuestra familia no tiene documentación de ingresos debido a: ☐ Estar sin hogar ☐ Autoempleo/los registros financieros y de contratos se han perdido/destruido o no se guardan ☐ Falta de documentación tangible o solo puede producir documentación parcial	
Mi firma certifica que la información arriba es verdadera y correcta y está reportada de forma fiel. Entiendo que, si se descubre que parte de esta información es falsa, puedo ser sometido/a a acción legal.. Firma de padre/madre con custodia/tutor legal 1 (requerido): _____ (letra imprenta) (firma) (fecha) Firma de padre/madre con custodia/tutor legal 2 (requerido): _____ (letra imprenta) (firma) (fecha)	

English

Language *Required

What language does your son/daughter most frequently use to communicate? _____

What language do you most frequently speak to your son/daughter? _____

What language did your son/daughter learn when he/she first began to talk? _____

Health *Required

Official documentation from medical provider indicating child's chronic condition is required. Chronic health conditions can impact a child's development. These may include: asthma, diabetes, obesity, anemia, etc.

Does your child have a **chronic** health condition identified by a medical professional? ☐ Yes ☐ No

If yes, what is the health condition?

Military Service *Required

Documentation of a parent's military service (includes current active duty; or serious injury or death resulting from military service) is required.

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? ☐ Yes ☐ No

Child's Prior Placement *Required (Check **one**)

- ☐ My child has never been served in any preschool or child care setting.
- ☐ My child is currently unserved (at home now but may have previously been in child care or some other preschool program).
- ☐ My child is in unregulated child care.
- ☐ My child is in a one or two-star facility.
- ☐ My child is not receiving subsidy but is in some kind of regulated child care or preschool program.
- ☐ My child is receiving subsidy and is in some kind of regulated child care or preschool program.

Was your child previously served by an NC Pre-K site as a three-year old? *Required ☐ Yes ☐ No

Español

Idioma *Requisito

¿Qué idioma con más frecuencia utiliza su hijo/hija para comunicarse? _____

¿Qué idioma con más frecuencia utiliza usted para hablar con su hijo/hija? _____

¿Qué idioma aprendió su hijo/hija cuando empezó a hablar? _____

Salud *Requisito

Se requiere la documentación oficial del proveedor médico que indique la condición crónica del niño. Las condiciones de salud crónicas pueden afectar el desarrollo de un niño. Estos pueden incluir: asma, diabetes, obesidad, anemia, etc.

*¿Tiene su niño alguna condición **crónica** identificada por un proveedor médico? ☐ Si ☐ No*

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de salud? _____

Servicio Militar *Requisito

Se requiere documentación del servicio militar de los padres (incluyendo servicio militar actual; o lesiones graves o muerte en el servicio militar).

¿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 éste niño ha sido gravemente herido o ha muerto durante el servicio activo? ☐ Si ☐ No

Ubicación Previa del Niño *Requisito (marque sólo una)

- ☐ *Mi hijo nunca ha asistido al preescolar o guardería.*
- ☐ *Mi hijo no asiste actualmente al preescolar (está en casa ahora, pero pudo haber asistido a la guardería o a algún programa preescolar).*
- ☐ *Mi hijo está en un cuidado de niños que no reglamentado.*
- ☐ *Mi hijo está en un centro calificado con una o dos estrellas.*
- ☐ *Mi hijo no está recibiendo subsidio, pero está asistiendo a un tipo de cuidado infantil o programa preescolar reglamentado.*
- ☐ *Mi hijo está recibiendo subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil o programa preescolar reglamentado.*

¿Su niño asistió anteriormente a un Pre-K en Carolina del Norte cuando tenía tres años? *Requisito ☐ Si ☐ No

English

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 next page)**

Is date of referral known? ☐ Yes ☐ No

Date of referral for evaluation of disabilities. _____

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 disabilities for this child. Check all that apply:

☐ Autism Spectrum Disorder	☐ Deaf-Blindness
☐ Deafness	☐ Developmental Delay
☐ Emotional Disability	☐ Hearing Impairment
☐ Intellectual Disability	☐ Multiple Disabilities
☐ Orthopedic Impairment	☐ Other Health Impairment
☐ Specific Learning Disability	☐ Speech or Language Impairment
☐ Traumatic Brain Injury	☐ Visual Impairment, including blindness

Does this child have an active Individual Education Program (IEP) with Chatham 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 child's IEP, or sign below to release the IEP to Chatham County's NC Pre-K program.**

Sign Name _____

Date _____

STOP

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

Español

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)

¿Sabe el día que fue referido? ☐ Si ☐ No

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.

Tipos de discapacidades identificadas para este niño. Marque todas las que correspondan:

☐ Trastorno del espectro autista	☐ Sordo-ciego
☐ Sordera	☐ Retraso en el desarrollo
☐ Discapacidad emocional	☐ Discapacidad auditiva
☐ Discapacidad intelectual	☐ Múltiples discapacidades
☐ Problema ortopédico	☐ Otras discapacidades de salud
☐ Discapacidad específica del aprendizaje	☐ Discapacidad del habla o lenguaje
☐ lesión cerebral traumática	☐ Discapacidad visual, incluyendo la ceguera

¿El niño tiene un Plan de Educación Individualizada activo (IEP) con las Escuelas del Condado de Chatham? ☐ 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 tanto del desarrollo como las educativas para el niño si es aplicable.**

*** Por favor proporcione una copia del IEP de su niño, o firmar aquí autorizando la entrega del IEP al programa de NC Pre-K del Condado de Chatham.**

Firma _____

Fecha _____

PARE

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 solicitud y la posible ubicación de su hijo.

**Parent Responsibility and Participation (Please INITIAL for each statement) /
Responsabilidad y participación paternal/maternal (Por favor marcar con su inicial cada declaración)**

I authorize the release of the information in this application to all partnering agencies with Chatham NC Pre-K including Chatham County Schools, Chatham County Partnership for Children, Telamon Head Start, private NCPK sites, and the Department of Social Services to use the information in this application to determine eligibility for state and federally funded Pre-K Programs. **Autorizo la entrega de la información contenida en esta solicitud a todas las agencias asociadas con el Pre-K del Condado de Chatham incluyendo a: Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children y a las cedes privadas de NCPK de Telamon Head Start y al Departamento de Servicios Sociales, para que la utilicen con el fin de determinar la elegibilidad de mis hijos para los programas de Pre-K patrocinados por el estado y por el gobierno federal.**

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 (Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children, and Telamon Head Start). **Doy el consentimiento para que a mi niño(a) le hagan 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 otros programas de Pre-K (Chatham County Public Schools, Chatham County Partnership for Children y Telamon Head Start).**

I understand that if my child is selected for participation, family involvement is expected. My family will cooperate with programs to submit necessary documentation and applications for additional services. **Entiendo que si mi niño(a) es seleccionado a participar, la participación de la familia será muy importante. Mi familia se compromete a participar y cooperar con los programas presentando la documentación y solicitudes necesarias para obtener servicios adicionales.**

I understand that transportation to and from Pre-K programs will be the family's responsibility. **Entiendo que el transporte hacia y desde los programas Pre-K es responsabilidad de la familia.**

How will your child get to school? _____ **¿Cómo va usted a transportar a su niño(a) a la escuela?** _____

I understand that if there is a change in my child's address, phone number or attendance in any type of licensed care, it is my responsibility to notify the NC Pre-K Coordinator and inform her of any changes. **Entiendo que si hay algún cambio en la información de mi niño(a) como dirección, teléfono, o que si mi niño/a va a asistir a cualquier otro tipo de guardería autorizada, tengo la responsabilidad de notificar al Coordinador de NC Pre-K para informarle de todos los cambios ocurridos.**

I understand that my child will need a current, updated health assessment and immunization records within 30 days of the first day of attendance. **Entiendo que mi niño(a) necesitará un examen médico actualizado y la tarjeta de vacunación dentro de 30 días después de la inscripción.**

I understand that my child may be placed on a waiting list. **Entiendo que mi hijo/hija podría ser puesto/a en una lista de espera.**

Programs to be considered for placement/Programas para considerar su implementación:

Chatham County Schools/Escuelas del Condado de Chatham

Bennett School	61 Randolph Street. 27208
Moncure School	600 Moncure School Rd. 27559
North Chatham Elementary	3380 Lystra Rd. 27517
Perry Harrison Elementary	2655 Hamlets Chapel Rd. 27312
Pittsboro Elementary	375 Pittsboro Elementary School Rd. 27312
Siler City Elementary	671 Ellington Rd. 27344
Virginia Cross Elementary	234 Cross School Rd. 27344

Chatham Head Start/Chatham Head Start

Siler City

Telamon Corporation Head Start	505 M L King Jr Blvd. 27344
--------------------------------	-----------------------------

Private Child Care Sites/Cuidado Infantil Privado

Siler City

Chatham Child Development Center	221 Chatham Square 27344
Children First Learning Center	800 Sheffield Dr. 27344

Private Child Care Sites/Cuidado Infantil Privado

Pittsboro

Pasitos Felices	280 HWY 902. 27312
Robyn's Nest Creative Learning Center	69 Robyns Nest Ln. 27312

List a maximum of four sites in order of your preference, with "1" indicating the site **most** convenient to you. Transportation is **not** provided for most sites/**Enumere un máximo de cuatro sedes en orden de preferencia, con "1" siendo la sede más conveniente para usted. No se provee transporte para la mayoría de las sedes.**

1.
2.
3.
4.

REGISTER FOR FREE BOOKS

INSCRIBA AL NIÑO
PARA LIBROS GRATIS



Register your child for FREE books mailed directly to your home. Dolly Parton's Imagination Library will send one free book per month to your child until his/her 5th birthday.
Inscriba a su niño para recibir libros GRATIS que se envían a su casa por correo a través del programa Imagination Library. Cada niño recibirá un libro al mes hasta que cumpla 5 años.

YOUR PRE-K CHILD SU NIÑO PRE-ESCOLAR

Child's full name/ Nombre completo del niño(a): _____

Please check one/ por favor marque uno: ☐ boy/niño ☐ girl/niña

Date of birth/ Fecha de nacimiento del niño(a): month/mes day/día year/año

Phone Number/ Número de teléfono: _____

Mailing Address / Dirección de correo: _____

City/State/Zip / Ciudad/Estado/Código postal: _____

Parent's Name / Nombre de padre or madre: _____

Email Address / Correo electronico _____

ANY SIBLINGS UNDER 5 HERMANOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

Child's full name/ Nombre completo del niño(a): _____

Please check one/ por favor marque uno: ☐ boy/niño ☐ girl/niña

Date of birth/ Fecha de nacimiento del niño(a): month/mes day/día year/año

Child's full name/ Nombre completo del niño(a): _____

Please check one/ por favor marque uno: ☐ boy/niño ☐ girl/niña

Date of birth/ Fecha de nacimiento del niño(a): month/mes day/día year/año