

# SOLICITUD PARA EL PRE-KINDER DEL CONDADO DE CABARRUS 2020-2021

## Instrucciones para llenar la solicitud

### Padres de familia, por favor, mantengan esta hoja como referencia

Los niños deben haber cumplido 3 o 4 años de edad para el 31 de agosto del 2020 para ser considerados para el programa Pre-Kínder en el Condado de Cabarrus

#### Llene la aplicación

Debe llenar la aplicación del Pre Kínder para el año escolar 2020-2021. **Las aplicaciones** incompletas no serán procesadas hasta que toda la información haya sido incluida.

#### Documentos requeridos con la solicitud:

- Acta de nacimiento del niño/a, (**NO SE ACEPTA el formulario "Verificación de la madre" (del hospital)**).
- 2 pruebas de domicilio del condado de Cabarrus (tales como la escritura de propiedad de la casa, una factura de luz, gas o agua reciente o el contrato de vivienda con el nombre de los padres).
- Documentación de **TODO** el ingreso de los padres de familia que viven dentro del hogar y que estén trabajando: los últimos 4 talones de cheque de ambos padres O comprobante de algún otro ingreso de los padres que viven dentro del hogar, se aceptan los formularios de impuestos como el W-2. También un comprobante de beneficios SSI y del Mantenimiento de los niños, si es aplicable. Los padres de familia no necesitan estar trabajando para que su niño(a) sea elegible.
- Último examen físico del niño(a) junto con el récord de vacunas más reciente
- Si usted es el tutor legal del niño ordenado por el tribunal, proporcione una copia de la orden judicial.

La fecha límite para las primeras matrículas será el 15 de mayo del 2020. La fecha límite para las segundas matrículas será el 15 de junio del 2020. Todas las aplicaciones que se reciban después del 15 de junio serán puestas en una lista hasta que haya otros cupos disponibles.

#### Llene el formulario para elegir los sitios de su preferencia

El formulario de preferencia es parte de la solicitud (página 10). No se garantiza colocación en ningún sitio, pero le permite indicar el sitio a donde usted pueda proveer transportación para su hijo(a) y pueda tener acceso al cuidado infantil antes y después de clase si fuera necesario.

#### Criterio de elegibilidad:

##### NC Pre-Kínder:

Los recursos de ingreso de la familia no debe de exceder el 75% del Mediante de Carolina del Norte.

##### Head Start:

Todos los recursos de ingreso de la familia no deben de exceder el 100% del nivel federal de pobreza.

##### Otros Criterios:

Otros factores de riesgo (incluyendo, pero no limitados a, la necesidad en el desarrollo académico, basado en la Evaluación del Desarrollo, falta de vivienda como es definido por el Acto de McKinney-Vento, separación de uno de los padres debido a encarcelamiento y colocación de cuidado de crianza) para determinar elegibilidad en caso de que el ingreso sobrepase los límites de ingreso permitido.

#### Cita para la Evaluación de Desarrollo de su hijo/a:

Solicitudes recibidas entre el 1<sup>ro</sup> de febrero y el 31 de marzo, y si usted eligió una de las escuelas como preferencia, su hijo/a tendrá que tener una evaluación de desarrollo para poder considerarlo para algún salón del sistema escolar. Después de que revisemos la solicitud junto con los documentos requeridos, nos pondremos en contacto con usted para hacerle una cita para la evaluación de desarrollo de su niño. Solicitudes recibidas empezando el 1<sup>ro</sup> de abril será considerados para colocación en las escuelas públicas, Head Start y NC Pre K basado en los criterios anotados arriba. Para los niños que sean colocados en un salón y que no tengan la evaluación del desarrollo, los maestros les harán la evaluación.

#### Notificación de colocación:

Por favor asegúrese de llenar el formulario con sus preferencias que viene junto con la solicitud, favor indique sus 3 sitios de preferencia. El proceso de colocación se toma varias semanas. **Carta de colocación serán enviadas entre el 1<sup>ro</sup> de junio y el 31 de julio.**

#### Lista de espera para Pre-K:

El espacio es limitado y algunos niños serán puestos en la lista de espera. Para las solicitudes recibidas **antes del 1 de agosto, recibirán la carta indicando que su nifue puesto en la lista de espera en agosto.** Si usted entrego la solicitud **después del 1<sup>ro</sup> de agosto, automáticamente será puesto en la lista de espera.** Usted será contactado durante el año escolar cuando un espacio esté disponible.



## SOLICITUD PARA EL PRE-KINDER DEL CONDADO DE CABARRUS 2020-2021

Los niños deben haber cumplido los 3 o 4 años de edad para el 31 de agosto del 2020

Por favor, tenga esto en mente: Conteste TODAS LAS PREGUNTAS en la solicitud y adjunte los documentos requeridos.

**Solamente las aplicaciones completas serán procesadas. Toda documentación anotada en la página de instrucciones tiene que ser incluida.**

**Cabarrus Partnership for Children no se hace responsable de las solicitudes entregadas en otro lugar que no estén anotados abajo. Se le dará o enviará un recibo con la fecha en que su solicitud fue tomada y firmada por la persona que aceptó la solicitud en uno de estos lugares. Por favor mantenga su recibo y la primera página de este paquete, ya que le dan información adicional sobre el programa y el proceso de inscripción.**

**Regrese la solicitud completa con los documentos a una de las agencias anotadas aquí:**

The Cabarrus Partnership for Children	1307 South Cannon Blvd Kannapolis, NC 28083	704-933-8278
McKnight Child Development Center	1300 Glen Avenue Kannapolis, NC 28081	704-932-7433
Save the Children-Centro de Head Start	310 Kerr Street Concord, NC 28025	704-207-5598
Mary Frances Wall Center	3801 Hwy 601 South NC 28025	704-260-6790

**\*\* Fondos para el programa de Pre Kínder son proporcionados por recursos estatales y federales. El criterio de elegibilidad para participar en algunos sitios dependen de los requisitos de los recursos financieros. \*\***

Cabarrus Partnership for Children, McKnight CDC, las escuelas de Kannapolis, las escuelas del condado de Cabarrus y Save the Children Head Start, compartirán la información de la solicitud. Esto permitirá que su niño(a) considerado(a) para todos los programas de Pre Kínder en el condado para los cuales él o ella califiquen.

A los niños se les ofrecerá una ubicación basada en la necesidad económica o por el orden de necesidad educativa que se determina en la evaluación. Aunque la evaluación es importante para determinar la elegibilidad para entrar en algunas escuelas públicas, no es necesaria para que el niño/a sea considerado para otros sitios en la comunidad.

Cumpliendo con la ley federal y estatal, Cabarrus Partnership for Children, McKnight CDC, las escuelas de Kannapolis, las escuelas del condado de Cabarrus y Save the Children Head Start administran los programas y su admisión/selección para el programa de Pre kínder sin discriminar la raza, religión, origen nacional o étnico, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto cuando es apropiado y permitido por ley.

**Información del niño(a):**

**Nombre del niño(a)**

Primer Nombre	
Segundo Nombre	
Apellido(s)	

Por favor marque uno:  niño  niña

Fecha de nacimiento del niño(a): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Es el niño(a) ciudadano(a) americano(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

**Demográficas/ Grupo Étnico o Raza del Niño(a)**

Marque solo uno:

Hispano/Latino  No Hispano/ No Latino

**Por favor elija por lo menos uno:**

Asiático  Negro/Africano  Indio Americano/Nativo de Alaska  Blanco/Europeo  Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico

**Correo electrónico en donde contactar a los padres:**

\_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre o tutor legal. La persona principal para contactarnos sobre el niño(a):**

Tutor legal, por favor incluya una copia de la documentación de tutela/custodia.

\_\_\_\_\_

**Domicilio del niño(a)**

Dirección	
Ciudad	
Estado	
Código Postal	

¿Está sin hogar su familia (temporalmente viviendo en un albergue, con amigos/familiares, en un hotel o en su auto)?  Sí  No  No sé

Si su familia está viviendo temporalmente en un albergue, por favor anote la dirección o un correo electrónico donde nos podamos comunicar con usted:

\_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Números de teléfono:**

Padre /o tutor legal: Nombre: _____	Teléfono de casa:	Núm. de celular:	Núm. de trabajo:
Madre/o tutor legal Nombre: _____	Teléfono de casa:	Núm. de celular:	Núm. de trabajo:
Tutor legal: Nombre _____	Teléfono de casa:	Núm. de celular:	Núm. de trabajo:
Contacto alternativo en caso de no poder contactar a los padres. Nombre: _____	Teléfono de casa:	Núm. de celular:	Núm. de trabajo:

**¿Con quién vive el niño(a)?**

\_\_\_\_\_ Con la madre solamente      \_\_\_\_\_ Con el padre solamente      \_\_\_\_\_ Con ambos, padre y madre  
 \_\_\_\_\_ Con un Tutor Legal      \_\_\_\_\_ Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Por favor anote a todos los miembros de su familia que viven en el hogar incluyendo al niño(a) que está aplicando. Para el parentesco escriba "Solicitante"

Nombre	Parentesco con el niño(a), por ejemplo: madre, padre, abuelo(a), hermano(a), tío(a)	Fecha de Nacimiento	Por favor escriba el nombre de la escuela donde asiste cada niño(a), solo si es aplicable:

**¿Cuántos son en la familia? \_\_\_\_\_**

**Tutores legales serán incluidos en la familia solo si los padres biológicos han fallecido O si sus derechos como padres fueron terminados por el tribunal. Padres de crianza no serán incluidos en la familia, pero sí serán anotados como tutores del menor.**

**Declaro que la información escrita arriba es verídica.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutores legales son incluidos en la familia y sus ingresos, solo si los padres biológicos han fallecido O si sus derechos como padres fueron terminados por el tribunal para ambos padres. El ingreso de los padres en un hogar de acogida (Foster Parents) no es requerido.

**Nombre de la Madre/o Madrastra/o Tutor Legal**

- ¿Tiene empleo la madre/madrastra/o tutor? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Busca Empleo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Asiste a una educación secundaria? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Asiste alguna preparatoria/GED? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Participa en algún entrenamiento de empleo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Tiene otro empleo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el último grado que terminó? \_\_\_\_\_

**Anote todos los ingresos para la Madre/Madrastra/o Tutor:**

\*Si usted tiene varios trabajos, por favor incluya la cantidad que le pagan en cada trabajo en la caja correspondiente\*

Tipo de ingreso	Frecuencia de Pago (Escriba la cantidad (\$) en la caja según la frecuencia con la que le pagan)					
	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Anual	# Semanas/Anual
Si su cheque varía cada semana, usaremos el promedio para el mes más reciente.						
Tarifa por hora: _____ Promedio de horas trabajadas por semana _____						
Sueldo actual antes de los impuestos						
Pension Matrimonial						
Orden judicial de mantenimiento de hijos						
Compensación del trabajador						
Seguro Social pagado a los niños del hogar						
Ingreso de jubilación						
Ingreso de beneficio por discapacidad						

**Por favor incluya la documentación o comprobante para cada ingreso anotado.**

Un mes de talones de cheque, e otro documento de ingreso (se aceptan los formularios de impuestos como el W-2). También se necesitan comprobantes de lo siguiente: orden judicial de mantenimiento de hijos, compensación del trabajador, ingreso de jubilación e ingreso de beneficio por discapacidad, si el aplicable.

Seguro Social que se paga a los niños tiene que ser incluido en la tabla del ingreso, y solo se anota una vez.

Los padres de familia no necesitan estar trabajando para que su niño(a) sea elegible.

**\*Si usted está desempleado y no recibe beneficio de desempleo O ningún otro recurso financiero, por favor anote el nombre de la persona O recurso que provee sustento para la familia.** \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Mensual

**Declaro que la información escrita arriba es verídica**

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutores legales son incluidos en la familia y sus ingresos, solo si los padres biológicos han fallecido O si sus derechos como padres fueron terminados por el tribunal para ambos padres. El ingreso de los padres de crianza no es requerido.

**Nombre del Padre/o Padrastro /o Tutor Legal**

- ¿Tiene empleo el padre/padrastro/o tutor?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Busca Empleo?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Asiste a una educación secundaria?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Asiste alguna preparatoria/GED?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Participa en algún entrenamiento de empleo?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 ¿Tiene otro empleo?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál fue el último grado que terminó? \_\_\_\_\_

**Anote todos los ingresos para el padre/padrastro/o Tutor:**

\*Si usted tiene varios trabajos, por favor incluya la cantidad que le pagan en cada trabajo en la caja correspondiente\*

Tipo de ingreso	Frecuencia de Pago (Escriba la cantidad (\$) en la caja según la frecuencia con la que le pagan)					
	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Anual	# Semanas/Anual
Si su cheque varía cada semana, usaremos el promedio para el mes más reciente.						
Tarifa por hora: _____ Promedio de horas trabajadas por semana _____						
Sueldo actual antes de los impuestos						
Pension Matrimonial						
Orden judicial de mantenimiento de hijos						
Compensación del trabajador						
Seguro Social pagado a los niños del hogar						
Ingreso de jubilación						
Ingreso de beneficio por discapacidad						

Por favor incluya la documentación o comprobante para cada ingreso anotado.

Un mes de talones de cheque, e otro documento de ingreso (se aceptan los formularios de impuestos como el W-2). También se necesitan comprobantes de lo siguiente: orden judicial de mantenimiento de hijos, compensación del trabajador, ingreso de jubilación e ingreso de beneficio por discapacidad, si el aplicable.

Seguro Social *que se paga a los niños* tiene que ser incluido en la tabla del ingreso, y solo se anota una vez.

Los padres de familia no necesitan estar trabajando para que su niño(a) sea elegible.

**\*Si usted está desempleado y no recibe beneficio de desempleo O ningún otro recurso financiero, por favor anote el nombre de la persona O recurso que provee sustento para la familia.** \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Mensual.

Declaro que la información escrita arriba es verídica

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal que se usa en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla su niño(a) con más frecuencia para comunicarse? \_\_\_\_\_

**Información de Salud:**

¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad física o una enfermedad crónica? (ejemplo: asma, diabetes, obesidad, anemia, enfermedad en la sangre, etc.)

**Documentación indicando la enfermedad crónica es requerida**

\_\_\_ Sí Por favor indique la discapacidad o enfermedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ No, no sé

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo/a?

\_\_\_ Medicaid/NC CHIPS \_\_\_ Marketplace \_\_\_ Militar \_\_\_ Seguro Privado (a través de su trabajo)  
\_\_\_ Algún Otro \_\_\_ Mi niño(a) no tiene seguro médico

¿Tiene su niño(a) un médico? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Quién es el médico? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) un examen físico en los últimos 12 meses? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Salud Dental:**

¿Tiene su niño(a) un dentista? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Ha tenido un examen dental en los últimos 12 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Estado Militar**

¿Es uno de los padres o el tutor del niño(a) miembro activo del servicio militar o fue esta persona herida gravemente o perdió la vida mientras estaba activo en el servicio militar?

**Documentación del estatus de los padres en el militar es requerida**

\_\_\_ Sí Por favor, indique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ No, no sé

**Colocación Anterior**

¿Alguna vez formó su niño(a) parte de algún programa de Cuidado Infantil o Casa de cuidado de niños con licencia? ___ Sí ___ No
--

¿Estuvo su niño(a) en algún programa de aprendizaje a los tres años de edad? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Estuvo su niño(a) en el programa de Head Start a los tres años de edad? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**¿Quién cuida a su niño(a) durante el día?**

<input type="checkbox"/> En el hogar con familia	<input type="checkbox"/> Casa de cuidado de niños con licencia
<input type="checkbox"/> Niñera o Parientes	<input type="checkbox"/> Escuela Pública
<input type="checkbox"/> Servicio Familiar de Head Start	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado de niños o guardería
Nombre del programa en el cual su niño(a) asiste actualmente:	
¿Cuándo empezó el niño(a) en este programa? Mes: _____ Año: _____	
¿Recibe su niño(a) algún subsidio, o ayuda para cuidado infantil? ___ Sí /Por favor, indique: ___ Smart Start Voucher ___ DSS Voucher ___ No, no sé	
<b>Si usted tiene una beca, por favor comuníquese con su administrador de caso para analizar sus opciones.</b>	

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La siguiente información es opcional; usted no está obligado a revelar esta información. Sin embargo, puede ser útil para priorizar su solicitud y para poder servirle mejor en caso de poder inscribirlo(a) en el programa Pre-kínder

¿Tiene su niño(a) una necesidad educativa o de desarrollo?

Sí Por favor especifique \_\_\_\_\_  
 No, no sé

¿Ha sido su niño(a) referido(a) para una evaluación o ha sido identificado(a) con una discapacidad?

Sí  No Si la respuesta es Sí, fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la decisión de la evaluación de discapacidad para su niño(a)?

- Ninguna discapacidad identificada
- Decisión en proceso
- Una o más discapacidades identificadas
- No lo sé
- No Aplicable

Tipo de discapacidad identificada para su niño(a): Marque todas las que apliquen a su niño(a)

- Autista
- Sordo/Ciego
- Conductualmente/Emocionalmente Discapacitado
- Educable Discapacitado Mental
- Discapacidad Auditiva
- Aprendizaje Especifica Deshabilitado
- Múltiples Discapacidades
- Otra Discapacidad de Salud
- Impedimento Ortopédico
- Impedimento de Habla y Lenguaje
- Severa/Profunda Discapacidad Mental
- Discapacidad Mental
- Impedimento Visual
- Lesión Cerebral Traumática
- Desarrollo Preescolar Retrasada
- N/A

¿Tiene su niño(a) un IEP activo (*Plan de Educación Individualizado*)?

Sí  No

¿Ha sido su niño(a) referido(a) para servicios relacionados con su discapacidad?

Sí  No

¿Está su niño(a) recibiendo servicios relacionados con su discapacidad?

Sí  No

¿Está su hijo actualmente inscrito en un aula de niños excepcionales en el condado de Cabarrus?

Sí  No En caso afirmativo, especifique la escuela a la que asiste su niño(a) \_\_\_\_\_



Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

*Autorizo a Cabarrus Partnership for Children (CPFC) y sus agencias asociadas (Save the Children Head Start, CCS, KCS y NC Pre-K) para que que utilicen la información suministrada en esta solicitud acerca de mi niño(a) con propósito de determinar su elegibilidad y así poder calificar para el programa de Pre kínder con fondos Estatales y Federales. La información coleccionada será evaluada por NC Division of Child Development for Early Education.*

*Doy mi consentimiento para que a mi niño(a) le hagan una evolución del desarrollo en las áreas de aprendizaje, audición, visión, dental y/o prueba del habla y lenguaje y también para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los demás programas de Pre kínder (CPFC, NC Pre-K, CCS, KCS y Save the Children Head Start).*

*Entiendo que, si mi niño(a) es seleccionado(a) a participar, el que mi familia esté envuelta será muy importante para nosotros.*

*Entiendo que mi niño(a) necesita estar al día con sus vacunas y que necesito entregar su examen médico dentro de 30 días de haberlo inscrito al programa. Entiendo que mi niño(a) no podrá ser matriculado(a) si estos documentos no son entregados en un espacio de 30 días desde la aplicación.*

*Entiendo que el transporte es responsabilidad de la familia. Este programa no provee transportación.*

*Entiendo que soy responsable de avisar sobre cualquier cambio de domicilio, número de teléfono o ingreso.*

*Entiendo que mi niño(a) podría estar en la lista de espera.*

**Por favor lea cuidadosamente y firme abajo**



**Firma**

**Fecha**

**Firma del Personal**

**Fecha**

**Si el tutor firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela/custodia**

## Sitios de Pre-Kínder del Condado de Cabarrus para el Año Escolar 2020-2021

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por favor, indique los sitios que funcionarán para su familia. Información útil sobre cada sitio se incluye en las siguientes páginas. Se aplican diferentes requisitos de elegibilidad a los sitios y es posible que su hijo no sea elegible para el sitio que seleccione; por lo tanto, es posible que desee seleccionar más de un sitio.

<b>Por favor, indique sus tres opciones principales (1º, 2º, 3º)</b>	
	Programa NC Pre-K (niños de 4 años) en centros de cuidado infantil privados
	Programa NC Pre-K (niños de 4 años) en escuela públicas del condado de Cabarrus
	Programa NC Pre-K (niños de 4 años) en la escuela Woodrow Wilson en Kannapolis
	Centro Educativo McKnight-Programa Head Start en Kannapolis (niños de 3 o 4 años)
	Centro de Head Start Save the Children-Concord (niños de 3 o 4 años)

**Motivo(s) para su primera preferencia (n. ° 1):**

**Marque todos los que correspondan, esto nos ayudará a acomodar mejor las necesidades de su familia (siéntase libre de agregar cualquier comentario o información adicional que le gustaría que consideremos)**

\_\_\_\_\_ Cerca de mi trabajo o de un familiar                      \_\_\_\_\_ Puedo hacer arreglos para el transporte

\_\_\_\_\_ Su hermano(a) asiste a este sitio/escuela                      \_\_\_\_\_ Distancia cercana

\_\_\_\_\_ Se ofrece cuidado para antes y después de la escuela

Otras razones (especifique)

---



---



---



---



---

## **Programas Preescolares del Condado de Cabarrus**

El **Programa NC Pre-K** es un programa financiado por el estado. Incluye salones de clase en sitios públicos y privados diseñados para proveer educación temprana de alta calidad y que preparará a los niños de 4 años de edad para que estén listos para la escuela. Los Requisitos del Programa NC Pre-K se fundan en la meta del “National Education Goal Panel” que, para que un niño tenga éxito académicamente, tiene que estar preparado en todas las 5 áreas de desarrollo que son vitales para el bienestar general y que incluye tanto la lectura como las matemáticas cuando entre a la escuela.

**Preescolar para niños excepcionales (EC, por sus siglas en inglés), escuelas de la ciudad de Kannapolis**-El centro educativo McKnight está dedicado a proveer una experiencia preescolar de alta calidad para niños con necesidades especiales. Las matrículas están disponibles para niños de 3, 4 y 5 años. El programa para el preescolar de las escuelas en la ciudad de Kannapolis ofrecen una variedad de evaluaciones para niños de 3, 4 y 5 años de edad y que residen en los distritos escolares. Estas evaluaciones determinan si un niño(a) necesita servicios especiales en su educación o servicios relacionados. El enfoque de estos servicios es ayudar a los niños con necesidades especiales a tener éxito en un programa continuo de educación temprana.

**Preescolar para niños excepcionales (EC, por sus siglas en inglés), escuelas del condado de Cabarrus**- Los programas preescolares para niños excepcionales proveen servicios excepcionales para niños con discapacidades que hayan sido identificadas y que vivan en el condado de Cabarrus. El distrito ofrece evaluaciones e instrucción especializada en una variedad de lugares en todo el condado. El propósito de estos servicios es promover el éxito del niño(a) en un ambiente educativo. Las oficinas están localizadas en el Centro Mary Frances Wall, 3801 US Hwy 601 South, Concord NC 28025

**El Programa Head Start de las escuelas en la ciudad de Kannapolis** es para niños de 3, 4 o 5 años de edad y provee una educación temprana de alta calidad al igual que servicios de desarrollo para niños elegibles y sus familias, incluyendo a familias de bajos ingresos y niños con discapacidades definidas. Los padres de familia y los tutores legales reciben gestión/manejo de casos y, a la vez, trabajan con el personal para desarrollar, planear y lograr metas personales, financieras, educativas y las relacionadas con el empleo.

**El programa Head Start de Save the Children** es para niños de 6 semanas a 5 años de edad y provee una educación temprana de alta calidad junto con servicios para el desarrollo dirigido a niños elegibles y sus familias, incluyendo a familias con bajos ingresos y niños con discapacidades definidas. Los padres de familia y los tutores legales reciben gestión/manejos de casos y, a la vez, trabajan con el personal para desarrollar, planear y lograr metas personales, financieras, educativas y las relacionadas con el empleo.