

## SOLICITUD PARA EL PRE-KINDER EN EL CONDADO DE CABARRUS 2026-2027

**Preescolar Gratuito-** Los niños deben haber cumplido 4 años de edad para el 31 de agosto del 2026 para ser considerados para el preescolar en el Condado de Cabarrus.

**(Solo puede entregar una aplicación en un condado. No se pueden procesar aplicaciones para varios condados al mismo tiempo)**

Deben entregar una aplicación completa para el programa NC Pre-K para el año escolar 2026-2027. **Las aplicaciones incompletas no serán procesadas hasta que toda la información haya sido incluida.**

### LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON REQUERIDOS:

- Prueba de **TODO** el ingreso de los padres de familia que viven dentro del hogar y que estén trabajando. Puede ser **un mes entero** de talonarios de cheque, una carta del empleador, o los formularios de impuestos, tales como el W-2 del 2025, o el formulario I-1040 de su declaración de impuestos del 2025. Si no hay ingresos en el hogar, necesitarán rellenar un documento que nosotros vamos a proveerle. Los padres de familia no necesitan estar trabajando para que un niño(a) sea elegible
- Acta de nacimiento oficial de su niño(a) que recibió de la oficina de registros
- Cuidado por parentesco-Si ustedes no son los padres biológicos necesitamos un documento firmado por el padre o madre. Debe ser delante de un notario público.
- Formulario de salud, formulario dental junto con el récord de vacunas. **Todos deben estar vigente (durante los últimos 12 meses)**
- Copia del IEP de su niño(a). (Programa de Educación Individualizada)
- Si usted es el tutor legal del niño ordenado por el tribunal, proporcione una copia de la orden judicial
- Documentos que prueben que la familia no tiene un hogar donde vivir, su estado militar, u otros factores que se mencionan en la aplicación

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

El formulario de preferencia es parte de la solicitud. **No le garantizamos que su niño(a) va a ser matriculado(a) ahí**, pero le permite indicar la escuela donde les permitirá proveer transporte para su niño(a), o puedan tener acceso a cuidado infantil antes y después de clase, si fuera necesario. **Por favor, tenga en mente los requisitos específicos de elegibilidad que se mencionan a continuación.**

### Criterio de elegibilidad:

**NC Pre-Kínder:** Los recursos de ingreso de la familia no deben exceder del 75% del ingreso medio de Carolina del Norte. Las escuelas públicas deben cumplir con las pautas federales de pobreza de 200% o menos. Otros factores de elegibilidad son: un retraso o una discapacidad, si reciben ciertos servicios o asistencias públicas, servicio militar, si no tienen un hogar estableo permanente donde vivir o un hogar de acogida (Foster Care).

**Head Start en Kannapolis:** Todos los recursos de ingreso de la familia no deben exceder el 100% del nivel federal de pobreza. Puede que otros factores de riesgo sean considerados para determinar elegibilidad, pero no están limitados a: necesidad de desarrollo que haya sido indicada en una evaluación, falta de vivienda estable tal como se define en la ley McKinney-Vento, o la separación de los padres debido a encarcelamiento o debido a que el niño(a) está en un hogar de acogida (Foster Care, en inglés)

**Cómo enviar la aplicación:** Las aplicaciones ya rellenas y los documentos requeridos pueden ser enviados electrónicamente a la página de internet [www.cabarruspartnership.org](http://www.cabarruspartnership.org), por email a [prekapplication@cabarruspartnership.org](mailto:prekapplication@cabarruspartnership.org), pueden ser escaneados y enviados por email, fax o depositadas en persona en uno de los buzones que se mencionan en la siguiente página (página 1). Podemos programarle una cita si desea pasar por la oficina.

**Cita para la Evaluación de Desarrollo de su niño(a):** Antes de que los niños sean aceptados al programa, tienen que tener una evaluación del desarrollo usando el sistema DIAL 4. Después de que hayamos repasado su aplicación, incluyendo los documentos requeridos, un miembro del personal se pondrá en contacto con ustedes y programará una cita de evaluación para el siguiente evento de evaluaciones disponible. Los niños que actualmente tengan en curso el Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) no tienen que recibir la evaluación de desarrollo.

#### **Notificación de colocación:**

Nos comunicaremos con las familias durante los meses de verano del 2026 para dejarles saber si su niño(a) fue aceptado(a) al programa. **El que los niños sean elegibles no garantiza un cupo.**

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

El espacio es limitado y algunos niños estarán en la lista de espera. Cualquier aplicación completa que se reciba después de que los cupos hayan sido llenados van a ser colocados en la lista de espera. Usted será contactado durante el año escolar cuando haya un espacio disponible. ***Deseamos enfatizar de que, aunque los niños sean elegibles, esto no les garantiza un cupo.***



## SOLICITUD PARA EL PRE-KINDER DEL CONDADO DE CABARRUS 2026-2027

**Los niños deben haber cumplido los 4 años para el 31 de agosto del 2026**

Por favor, contesten TODAS LAS PREGUNTAS en la solicitud y adjunten 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 especifican a continuación. Se les enviará un recibo con la fecha en que la solicitud fue tomada y firmada por la persona que aceptó la aplicación en uno de estos lugares. Por favor mantengan su recibo y la primera página de este paquete, ya que le dan información adicional sobre el programa y el proceso de inscripción.**

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| The Cabarrus Partnership for Children | Buzón: Departamento de Servicios Sociales 1303 S. Canno Boulevard, Kannapolis<br>Email: <a href="mailto:prekapplication@cabarruspartnership.org">prekapplication@cabarruspartnership.org</a>                                   | Oficina: 704-933-8278<br>Fax: 704-934-0029 |
| McKnight Child Development Center     | Buzón: 1300 Glen Aven. Kannapolis, NC 28081<br>Email: <a href="mailto:mcknight@kcs.k12.nc.us">mcknight@kcs.k12.nc.us</a><br>Hay buzones localizados también en todas las escuelas primarias del distrito escolar de Kannapolis | Oficina: 704-932-7433                      |
| Mary Frances Wall Center              | Buzón: 3801 Hwy 601 South NC 28025<br>Email: <a href="mailto:teri.mccollum@cabarrus.k12.nc.us">teri.mccollum@cabarrus.k12.nc.us</a>  | Oficina: 704-260-6790<br>Fax: 704-784-2346 |

**\*\* Los fondos para los programas preescolares son proporcionados por recursos estatales y federales. El criterio de elegibilidad para participar en alguna escuela o lugar en específico depende de los requisitos de los recursos financieros. \*\***

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

**Cumpliendo con la ley federal y estatal, Cabarrus Partnership for Children, McKnight, CDC, las escuelas de Kannapolis, y las escuelas del condado, administran los programas y su admisión (selección) para el programa preescolar 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): (POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS)**

**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 \_\_\_\_\_

**Demografía/Grupo Étnico o Raza del niño(a):**

Marque solo uno:

☐ *Hispano/Latino* ☐ *No Hispano ni latino*

**Marque por lo menos uno de los siguientes (por favor, no deje esta sección en blanco)**

☐ *Asiático* ☐ *Negro/africano* ☐ *Indio Americano/Nativo de Alaska* ☐ *Blanco/Hispano* ☐ *Nativo de Hawaii/Islands del Pacifico*

**Correo electrónico en donde contactar a los padres  
o a los tutores legales:**

**Teléfono Principal de Contacto:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del padre, madre o tutor legal. Será la persona principal para contactarnos con respecto al niño(a):**

\_\_\_\_\_

**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* \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

|  |                   |                  |                  |
|--|-------------------|------------------|------------------|
| Padre /o tutor legal:<br>Nombre: _____ | Teléfono de casa: | Núm. de celular: | Núm. de trabajo: |
|--|-------------------|------------------|------------------|

|   |                   |                  |                  |
|---|-------------------|------------------|------------------|
| Madre/o tutor legal<br>Nombre: _____  | Teléfono de casa: | Núm. de celular: | Núm. de trabajo: |
| Tutor legal:<br>Nombre _____  | Teléfono de casa: | Núm. de celular: | Núm. de trabajo: |
| Contacto alternativo en caso de no poder contactar a los padres.<br>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. Por favor, especifique:

\_\_\_\_\_

Por favor anote a todas las personas que viven en el hogar incluyendo al niño(a) que está aplicando para el programa. Esto incluye al padre, la madre, y hermanos. Para el niño(a) que está aplicando escriba "Solicitante" en la caja de parentesco.

| Nombre | Parentesco con el niño(a), por ejemplo: madre, padre, abuelo(a), hermano(a), tío(a), o solicitante | Fecha de Nacimiento | Por favor escriba el nombre de la escuela donde asiste cada niño(a): |
|--------|--|---------------------|--|
|        |  |                     |  |
|        |  |                     |  |
|        |  |                     |  |
|        |  |                     |  |
|        |  |                     |  |
|        |  |                     |  |

¿Cuántos miembros componen la familia? \_\_\_\_\_

Los tutores legales serán incluidos en la familia solo si los padres biológicos han fallecido. Padres de crianza no serán incluidos en la familia, pero sí serán anotados en la tabla como tutores del menor. **Por favor, no incluya en el total a otros familiares, tales como abuelos, primos, tíos o sobrinos (aunque vivan con usted).**

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

## Información del Empleo e Ingresos

Nombre de la Madre, Madrastra o Tutor Legal

**Por favor, conteste todas las siete preguntas a continuación. No deje NINGUNA en blanco**

¿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:

¿Vive en el hogar con el niño(a)? ☐ Sí ☐ No

**Ingreso Bruto Anual (antes de todas las deducciones) \$** \_\_\_\_\_

**\*Si está actualmente desempleado y no recibe beneficios de desempleo o ningún otro recurso financiero, por favor anote el nombre de la persona o recurso que provee sustento para la familia (si aplica en su caso)**

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Cantidad que recibe al mes de esta persona o institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Padrastro o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste todas las siete preguntas a continuación. No deje NINGUNA en blanco**

¿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:

¿Vive en el hogar con el niño(a)? ☐ Sí ☐ No

**Ingreso Bruto Anual (antes de todas las deducciones) \$** \_\_\_\_\_

**\*Si está actualmente desempleado y no recibe beneficios de desempleo o ningún otro recurso financiero, por favor anote el nombre de la persona o recurso que provee sustento para la familia (si aplica en su caso)**

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Cantidad que recibe al mes de esta persona o institución: \_\_\_\_\_

## Información Adicional de Ingresos

**(Por favor, responda TODAS las preguntas. No deje ninguna en blanco)**

¿Recibe su niño(a) alguno de los siguientes beneficios?

Manutención Infantil (Child Support) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Deben proveer documentos que apoyen las casillas que hayan marcado arriba**

## Otros Factores de Elegibilidad

Por favor, marque las casillas si algunos de los factores aplican a su familia:

\_\_\_ Familia sin hogar (por ejemplo, viviendo en un refugio temporal debido a un fuego en el hogar u otra emergencia)

\_\_\_ Hogar de acogida (Foster Care)

\_\_\_ Recibiendo Servicios para Refugiados

\_\_\_ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres y niños (WIC)

\_\_\_ Programa de Vivienda Pública

\_\_\_ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Work First)

\_\_\_ Medicaid

\_\_\_ Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI)

\_\_\_ Servicios de Alimento y Nutrición (Food Stamps)

\_\_\_ Asistencia Nutricional Suplementaria (S.N.A.P)

**Deben proveer documentos que apoyen las casillas que hayan marcado arriba (por ejemplo, una carta de aprobación o documentos que la corte les haya dado)**

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

### **Seguro Médico**

¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño(a)?

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

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

¿Quién es el médico? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) un examen físico en los últimos 12 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

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?

\_\_\_ Sí Por favor, indique: \_\_\_\_\_

\_\_\_ No, no sé

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



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

### Matrícula Anterior

¿Ha su niño(a) formado parte de algún programa de cuidado infantil o una casa de cuidado de niños, aunque ya no esté actualmente participando?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No      Nombre del programa en que participó \_\_\_\_\_

¿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

### Situación Actual

¿Quién cuida a su niño(a) durante el día? **(Por favor, marque uno de los siguientes)**

☐ En el hogar con la familia

☐ Niñera o Parientes

☐ Hogares de cuidado infantil familiar con licencia: \_\_\_\_\_

☐ Centros de cuidado infantil con licencia: \_\_\_\_\_

☐ Head Start: \_\_\_\_\_

☐ Está su niño(a) recibiendo subsidio o ayuda para cuidado infantil?

      \_\_\_ Sí    Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

      \_\_\_ No

**Si usted recibe actualmente ayuda para cuidado de su niño(a), por favor, comuníquese con su trabajadora social para repasar las opciones que se ajusten a su situación actual**

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

¿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, por favor, provea la fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

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

- \_\_\_\_ Ninguna discapacidad fue identificada
- \_\_\_\_ Decisión en proceso
- \_\_\_\_ Una o más discapacidades identificadas
- \_\_\_\_ No lo sé
- \_\_\_\_ No aplica a mi niño(a)

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

- \_\_\_\_ Autista
- \_\_\_\_ Sordo/Ciego
- \_\_\_\_ Conductualmente/Emocionalmente Discapacitado
- \_\_\_\_ Discapacidad Mental
- \_\_\_\_ Discapacidad Auditiva
- \_\_\_\_ Impedimento Ortopédico
- \_\_\_\_ Impedimento de Habla y Lenguaje
- \_\_\_\_ Severa/Profunda Discapacidad Mental
- \_\_\_\_ Discapacidad Mental
- \_\_\_\_ Impedimento Visual
- \_\_\_\_ Lesión Cerebral Traumática
- \_\_\_\_ Desarrollo Preescolar Retrasada
- \_\_\_\_ Mi niño(a) no tiene ninguna discapacidad

¿Tiene su niño(a) un IEP **activo** (*Plan de Educación Individualizado*) implementado por el distrito escolar local?

**De ser así, por favor, provea una copia del IEP**

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

**Por favor, lea cada uno de los siguientes puntos y escriba sus iniciales en la línea a mano izquierda**

\_\_\_\_ **Autorizo a Cabarrus Partnership for Children (CPFC) y sus agencias asociadas (Save the Children Head Start, CCS, KCS y NC Pre-K) para 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 quizás una prueba del habla y lenguaje. También para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los demás programas de Pre kínder (CPFC, NC Pre-K, CCS, KCS)**

\_\_\_\_ **Entiendo que, si mi niño(a) es seleccionado(a) a participar, el que mi familia esté envuelta en la educación de mi niño(a) 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 llevar y recoger a los niños de la escuela es responsabilidad de la familia. Este programa no provee transporte ni bus escolar.**

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

\_\_\_\_ **Entiendo que es requerido que mi niño(a) asista al programa todos los días que la escuela esté abierta para el día escolar de 6.5 horas.**

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



Firma \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_



Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si es el tutor legal quien firma, por favor incluya una copia de la documentación de tutela o custodia

## Hoja de preferencia del NC Pre-K en el Condado de Cabarrus para el Año Escolar 2026-2027

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.

| Por favor, indique sus tres opciones principales (1º, 2º, 3º) |   |
|---|---|
|   | Programa NC Pre-K en guarderías que ofrecen cuidado infantil antes y después de clases (wrap-around-care)                       |
|   | Programa NC Pre-K en escuelas públicas del condado de Cabarrus (no se ofrece cuidado infantil antes o después de las clases)    |
|   | Programa NC Pre-K en escuelas públicas de la ciudad de Kannapolis (no se ofrece cuidado infantil antes o después de las clases) |
|   | Centro Educativo McKnight-Programa Head Start en Kannapolis (no se ofrece cuidado infantil antes o después de las clases)       |

### Motivo(s) para su primera preferencia.

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)

\_\_\_\_ Puedo hacer arreglos para el transporte

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

\_\_\_\_ Distancia cercana al hogar

\_\_\_\_ Su hermano(a) asiste a esta escuela

Otras razones (por favor, especifique):

---

---

---

## Acuerdo para Servicios Educativos

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

*La participación en el programa NC Pre-K del Condado de Cabarrus es una oportunidad única. Como con cualquier otra oportunidad, esto conlleva algunas responsabilidades. Por medio de este contrato, los padres se unen al programa NC Pre-K del Condado de Cabarrus para apoyar a nuestros niños.*

### Me comprometo a lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo en que mi niño(a) asista a la escuela todos los días que haya clases programadas. Yo entiendo que es la responsabilidad de los padres enviar una nota cada vez que el niño(a) esté ausente. Yo entiendo también que las ausencias sin excusa y la asistencia irregular resultará en que mi niño(a) sea rechazado del programa.
2. El programa conlleva 6 ½ al día. Estoy de acuerdo en asegurarme de que mi niño(a) llegue al comienzo del día escolar y que sea recogido(a) **a tiempo** al final del día escolar. Estoy al tanto de que no hay provisiones para cuidado infantil antes y después de la escuela. Los padres somos los responsables de satisfacer esta necesidad para mi niño(a).
3. Estoy de acuerdo en mantener al día el examen físico y las vacunas de mi niño(a), y proveer los documentos necesarios a la maestra de mi niño(a) durante el año escolar
4. Estoy de acuerdo en que el personal haga visitas a domicilio durante el año escolar.
5. Estoy de acuerdo en asistir a conferencias organizadas por la maestra de mi niño(a), y estar disponible para tener contacto de manera regular con el personal de la escuela. Puede que estas incluyan visitas al hogar, conferencias por teléfono o en la escuela.
6. Estoy de acuerdo en participar con mi niño(a) en actividades regulares en el hogar para promover el aprendizaje, si así lo pide la maestra
7. Estoy de acuerdo en revisar la mochila de mi niño(a) a diario para mantener la comunicación entre la escuela y el hogar
8. En caso de que la maestra tenga una preocupación sobre el desarrollo de mi niño(a), ya sea en el área del desarrollo o conductual, estoy de acuerdo en seguir con cuidado las recomendaciones por los especialistas en este campo.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Fotografías y Videos de los Niños que Participan en el programa Pre-K

Doy permiso para que mi niño(a) \_\_\_\_\_ sea fotografiado(a) o filmado(a) mientras participa en los programas Pre-K en el Condado de Cabarrus, ya sea en las escuelas públicas del condado de Cabarrus, las escuelas en la ciudad de Kannapolis o las aulas del NC Pre-K en los centros privados que han sido aprobados por el programa. El propósito de las fotos y los videos es promover la importancia de los programas de educación temprana, proveer entrenamiento y desarrollo profesional, además de destacar los logros del programa.

A la discreción de Cabarrus Partnership for Children, las fotografías o los videos se van a usar en la página web de Cabarrus Partnership for Children, las páginas en las redes sociales o en presentaciones de entrenamiento.

Gracias por permitir que sus niños sean un ejemplo de cómo Smart Start está creando conciencia de las necesidades de los niños en la comunidad.

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SI DA CONSENTIMIENTO A FOTOGRAFÍAS/VIDEOS YA NO ES NECESARIO RELLENAR LA PARTE DE ABAJO**

\_\_\_\_\_ No deseo que mi niño(a) sea fotografiado(a) o filmado(a) mientras participa en uno de los programas del Pre-K

\_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha