

# Solicitud de Prekínder del Condado Wake 2026-2027

## Para niños que cumplirán CUATRO años a más tardar el 31 de agosto de 2026

Si su niño(a) cumple tres años a más tardar el 31 de agosto del 2026, o tiene menos de 3 años, por favor llame a Wake ThreeSchool o a Telamon Head Start a uno de los siguientes lugares:

- Wake ThreeSchool (Wake County Smart Start) 919-851-9550
- Crosby Head Start Center (Raleigh) 919-856-5232
- Parkway Head Start Center (Cary) 919-657-0577
- Knightdale Head Start Center (Knightdale) 919-266-1240

Envíe su solicitud completa por correo a:

Wake Pre-K Application Center



4901 Waters Edge Drive  
Suite 101  
Raleigh, NC 27606

## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA



**Programa Basado en Ingresos:** Las familias deben cumplir con el 75% del ingreso medio estatal, o tener uno de los siguientes factores: IEP, Retraso en el desarrollo, Condición de Salud Crónica, Dominio Limitado del Ingles, o es hijo/a de un miembro elegible de la milicia.



**Programa Basado en Nivel Académico:** El estudiante debe mostrar una necesidad académica mediante una evaluación finalizada.

*\*El estudiante debe aplicar antes de la fecha límite estipulada por Title 1 - Junio 12, 2026*



**Programa Basado en Ingresos:** Las familias deben cumplir con el 130% del nivel federal de pobreza, o tener uno de los siguientes factores: Recibe beneficios de asistencia publica (SNAP y TANF - solo el estudiante), el niño/a no tiene hogar, tiene parente substituto o esta en el programa de Custodia Temporal (Foster Care).

## AVISOS IMPORTANTES

★ **La aplicación debe incluir TODOS los documentos requeridos para ser considerada "completa".** [\\*\\*Ver Lista de Verificación\\*\\*](#)

★ **El transporte para Pre-K es responsabilidad de la familia.**

★ Las aplicaciones se aceptarán durante todo el año escolar. Solo las aplicaciones recibidas hasta el 12 de junio del 2026, serán consideradas para todos los programas. **Las aplicaciones recibidas después de la fecha límite solo serán consideradas para los programas de NC Pre-K y Telamon Head Start.**

★ **Todas las comunicaciones oficiales de la aplicación de Pre-Kinder serán enviadas por correo electrónico. Por favor de proveer un correo valido y revisarlo contantemente para estar al tanto de las notificaciones.**

★ **La asignaciones iniciales se completarán para mediados de agosto del 2026.** Los detalles y las actualizaciones no serán disponibles hasta después de esta fecha.

WAKE COUNTY

Para más información, por favor visite [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org)



# LISTA DE VERIFICACIÓN

**¡REQUERIDO! Por favor incluya estos documentos con su aplicación:**



## COPIA DE LA ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A

Si la partida de nacimiento de su niño/a está en un idioma distinto al inglés, por favor incluya una copia del pasaporte junto a una copia de la partida de nacimiento del niño/a.



## DOCUMENTACIÓN DE DOMICILIO EN EL CONDADO DE WAKE

**\*\*Presente UNO (1) de los siguientes\*\***

### Copia del contrato de arrendamiento actual firmado

- Debe incluir: dirección completa, nombre del padre/madre/tutor legal, firmas del padre/madre/tutor legal y firma del arrendador.

### Factura más reciente de servicios públicos (luz, agua, o gas solamente)

- Debe incluir el nombre de la empresa, el nombre del padre/madre, la dirección de notificación y la fecha completa (mm, dd, aaaa). No puede ser un aviso final ni un aviso de desconexión vencidos. Si el nombre del padre/madre no figura en la factura o el contrato de arrendamiento, presente la factura o el contrato de arrendamiento junto con una carta del beneficiario que indique que la familia y el menor solicitante viven con ellos (la carta debe estar firmada por el beneficiario).

**RECORDATORIO:** Si hay un cambio en la dirección o número de teléfono de su familia, es responsabilidad de los padres/tutores notificar al personal de Pre-K e informarles de cualquier cambio.



## TODAS LAS FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA

### Por favor presente uno de los siguientes documentos de pago y/u otras fuentes de ingresos, así como cualquier pensión alimenticia, jubilación, y/o compensación laboral.

- Si recibe pago semanalmente: presente 4 talones de pago consecutivos.
- Si recibe pago cada dos semanas/dos veces al mes: presente 2 talones de pago consecutivos.
- Si recibe pago mensualmente: presente al menos 2 talones de pago de meses enteros.
- Si no puede presentar un talón de pago, presente una declaración de **ingresos recientes** de su empleador (firmada y fechada por el empleador), el formulario **1040 del IRS de 2025**, una carta de beneficios por desempleo/seguridad social o copias de todos los formularios W-2 de 2025.
- Si recibe beneficios por desempleo, proporcione documentación reciente.
- Si recibe **manutención infantil, compensación por jubilación, compensación laboral o pensión alimenticia**, Por favor proporcione documentación

**Si no tiene ningún tipo de ingreso para reportar o documentación de ingresos, por favor contacte a Wake County Smart Start para obtener más verificación de ingresos.**



## DOCUMENTACIÓN OPCIONAL

Tenga en cuenta: Algunos programas pueden asignar puntos de prioridad si las familias adjuntan lo siguiente

- Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP) del niño de la escuela pública.
- Documentación de servicio militar del padre/madre (incluye servicio activo actual y lesiones graves o muerte resultante del servicio militar).
- Enfermedad crónica – evaluación de la salud del niño/a o carta del proveedor médico indicando una enfermedad crónica del niño/a.
- Copia actual de pruebas o evaluaciones educativas/del desarrollo indicando necesidad educativa o del desarrollo.

**Para más información, por favor visite [www.wakesmartstart.org](http://www.wakesmartstart.org)**

## Solicitud de Prekínder del Condado Wake: Año Escolar 2026-2027



WAKE COUNTY



SOLO PARA USO OFICIAL  
FECHA DE ENTREGA

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal del niño/a

Segundo nombre legal del niño/a

Apellido legal del niño/a

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo

 Maculino  Femenino

¿Su niño/a es ciudadano de EE. UU?

 Si  No

¿Es el niño/a Hispano/Latino?

 Si  No

★ *El estatus de ciudadanía de su hijo/a no será un factor al considerar su elegibilidad al programa de Prekínder.*

### ★ ¿Qué categoría describe mejor la raza del estudiante? (Debe marcar AL MENOS una)

Blanco/Americano Europeo  Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico  
 Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afro-Americanos  Asiático

## INFORMACIÓN FAMILIAR

! Incluya los nombres de los padres u otros tutores legales. Si tiene custodia compartida, por favor proporcione documentación de cómo se deben tomar las decisiones educativas. Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte a un miembro del personal de Pre-Kínder.

Mi familia requiere el apoyo de un intérprete:  Si  No Si es así, ¿en qué idioma?:

Padre #1: Primer Nombre

Apellido

Relación:

 Madre  Padre  Tutor Legal  Otro \_\_\_\_\_

★ Correo electrónico (Email)

Número de teléfono principal

★ ¿Hay un segundo Padre en el hogar?  Si  No

Padre #2: Primer Nombre

Apellido

Relación:

 Madre  Padre  Tutor Legal  Otro \_\_\_\_\_

★ Correo electrónico (Email)

Número de teléfono principal

Dirección del hogar del niño/a:

Apartamento o número de unidad:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (si es diferente a la dirección del niño/a):

Apartamento o número de unidad:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Con quién vive el estudiante? Escoja solamente UNO (1):

- Padre #1 solamente  Padre #2 solamente  Ambos Padres  Tutor Legal  
 Otro - Por favor especifique: \_\_\_\_\_

★ Condado de residencia:

\*\*Esta aplicación es SOLO para los residentes del Condado de Wake. Si usted no vive en este condado, no podemos aceptar al estudiante.



## SECCIÓN FAMILIAR

! Esta sección se debe completar para poder procesar su aplicación

Por favor enumere **UNICAMENTE** al niño/a, padres, padrastros, hermano/as, y/o tutores legales que vivan en el hogar con el estudiante.

Nombre	Relación con el niño/a	Fecha de Nacimiento	Nombre de escuela actual a la que asiste
Nombre del niño/a	Niño/a solicitante		
	Padre/Tutor Legal		
	Padre/Tutor Legal		
1.	Hermano/a		
2.	Hermano/a		
3.	Hermano/a		
4.	Hermano/a		
5.	Hermano/a		
6.	Hermano/a		



Número total de Familiares

# SELECCIONE CATEGORÍAS PARA CONSIDERAR



## INFORMACIÓN DEL IDIOMA DEL HOGAR

¿Qué idioma utiliza su niño/a para comunicarse con más frecuencia?

¿Qué idioma utiliza usted con más frecuencia para hablar con su niño/a?

¿Qué idioma aprendió su niño/a cuando empezó a hablar?

**\*\*Si corresponde, incluya la documentación que verifique las opciones que usted seleccionó\*\***

### \*OTROS FACTORES DE CONSIDERACIÓN

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés<br><b>(DOCUMENTOS NO NECESARIOS)</b>  | <input type="checkbox"/> Necesidad Educativa o de Desarrollo                          |
| <input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica  | <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada<br><b>Activa (IEP)</b> |
| <input type="checkbox"/> Padre o Tutor Legal del niño/a es miembro <b>activo</b> del servicio militar, o fue seriamente herido, o falleció mientras estaba en servicio activo. |   |

¿Su hijo/a necesita servicios especiales o adicionales?  Si  No

En dado caso, por favor de indicar los servicios:

**! Esta sección se debe completar para poder procesar su aplicación**

### ★ FACTORES ADICIONALES PARA CONSIDERAR - Marque todo lo que corresponda

¿Su familia recibe alguno de estos recursos?:

- Custodia Temporal (Foster Care)
- Servicio de Refugiado
- SNAP/Food Stamps
- Medicaid
- WIC
- Programa de Vivienda Pública
- Falta de vivienda

¿En dónde duerme el niño/a por la noche? Solo se puede elegir UNA (1) opción:

- El estudiante vive con uno de los padres o tutor legal en una residencia propia o arrendada por el parent/madre o tutor legal.
- El estudiante vive en un hotel o motel, en un albergue, en una iglesia, se mueve de un logar a otro, o vive con familiares de forma temporal por falta de recursos.

**\*Documentación es NECESARIA\***



## EDUCACIÓN \*Por favor marque sólo UNO (1)\*

**Mi niño/a nunca ha asistido al Prekínder (Pre-K),** guardería, a un programa de cuidado infantil, o un hogar de cuidado infantil familiar

En el pasado, mi niño/a asistía a la guardería, a un programa de cuidado infantil, o un hogar de cuidado infantil familiar, pero no está asistiendo ahora. **Mi niño/a se queda con miembros de la familia o una niñera.**

**Mi niño/a está asistiendo actualmente a un programa de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.**

Nombre del Sitio Actual/Escuela/Hogar de Cuidado Infantil Familiar:

Dirección:

Apartamento o Número de suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

### \*Por favor marque sólo UNO (1)\*

Entiendo que el cupo no está garantizado, pero si califica, **me gustaría que mi hijo/a se quedará en la guardería/prescolar en la que actualmente asiste.**

Entiendo que el cupo no está garantizado, pero si califica, **me gustaría que mi hijo sea considerado para todos los programas para los que es elegible:** Head Start, Wake County Smart Start, y Escuelas públicas del condado de Wake.

### Información Adicional

¿Recibe su niño/a subsidio para cuidado de niños?      Si       No

**SÓLO PARA FINES DE DATOS** - ¿Su hijo/a requerirá transporte mientras atienda a Wake Pre-K?       Si       No



**NOTA IMPORTANTE:** El transporte es responsabilidad de los Padres/Tutores Legales



¿Cómo se enteró usted del Programa? (Marque todo lo que corresponda)

#### Redes Sociales/Noticias

- Búsqueda de internet
- Facebook/Instagram
- Comercial de TV
- Volante
- Radio

#### Comunidad

- Familia/Amigos/Vecino
- Asistió hermano/a/ familiar a Pre-K o Wake ThreeSchool
- Iglesia
- Doctor/Pediatra
- Evento de la Comunidad

#### Organización/Programa

- Guardería
- Wake County Smart Start
- Telamon Head Start
- Escuelas Públicas del Condado de Wake(WCPSS)
- Otro

# INGRESO FAMILIAR

★ Si se reporta "0" ingreso, comuníquese con Wake County Smart Start para mostrar más verificación de ingresos.



Nombre del Padre/Tutor Legal #1:

Estatus de Empleo (Marque todos los que apliquen): Promedio de horas por semana: \_\_\_\_\_

- Con Empleo  Asistiendo Entrenamiento del Empleo  Buscando Empleo  
 Sin Empleo  Asistiendo Preparatoria  Asistiendo Escuela Superior/Secundaria  
 Otro: \_\_\_\_\_

\*Si trabaja en educación (como maestro, administrador, en transporte, etc.) por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso:

- 10 meses  11 meses  12 meses

Lugar de Empleo

Sueldo bruto ANTES de impuestos  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Pensión Conyugal/Alimenticia:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Manutención de los Niños:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Compensación de Empleado/ Discapacidad:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Desempleo:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

SS/SSI/Work First/TANF:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Nombre del Padre/Tutor Legal #2:

Estatus de Empleo (Marque todos los que apliquen): Promedio de horas por semana: \_\_\_\_\_

- Con Empleo  Asistiendo Entrenamiento del Empleo  Buscando Empleo  
 Sin Empleo  Asistiendo Preparatoria  Asistiendo Escuela Superior/Secundaria  
 Otro: \_\_\_\_\_

\*Si trabaja en educación (como maestro, administrador, en transporte, etc.) por favor indique cuantos meses al año recibe ingreso:

- 10 meses  11 meses  12 meses

Lugar de Empleo

Sueldo bruto ANTES de impuestos  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Pensión Conyugal/Alimenticia:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Manutención de los Niños:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Compensación de Empleado/ Discapacidad:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

Desempleo:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal

SS/SSI/Work First/TANF:  
\$

Esta cantidad es:

- Anual  Mensual  2 veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal



# RESPONSABILIDAD FAMILIAR

Por favor, lea cuidadosamente y escriba sus iniciales en cada cajita para confirmar su entendimiento y aceptación de sus responsabilidades.



Iniciales

Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas (Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start, Wake County Human Services, y Telamon Head Start) a intercambiar información sobre mi niño/a con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas Pre-K, financiados por el gobierno estatal y federal y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los asociados del Condado de Wake que sirven a niños de 4 años, si creen que mi niño/a es elegible para otros programas comunitarios.



Iniciales

Autorizo a que mi niño/a reciba pruebas de desarrollo, audición, visión, dental, y/o de habla y lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes sean compartidos con los programas asociados con NC Pre-K (Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, Wake County Smart Start, y Telamon Head Start).



Iniciales

Entiendo que, si mi niño/a es seleccionado para participar, **se espera que la familia participe**. Mi familia cooperará con los programas al **presentar la documentación y las solicitudes necesarias para servicios adicionales**.



Iniciales

**Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de NC Pre-K será la responsabilidad de la familia.**



Iniciales

**Entiendo que, si existe algún cambio en la dirección**, teléfono, o asistencia de mi niño en cualquier tipo de cuidado infantil con licencia, o si existe algún cambio en el tamaño o **ingreso familiar**, es mi responsabilidad ponerme en contacto con el Centro de Solicitudes de Pre-K (Pre-K Application Center) e informarles de cualquier cambio.



Iniciales

**Entiendo que mi niño/a necesitará un examen médico al día, actualizado antes de asistir a un programa de NC Pre-K.**



Iniciales

**Entiendo que mi niño/a puede ser colocado/a en lista de espera y que NO HAY garantía de que sea aceptado/a al programa de NC Pre-K.**



## ACUERDO FAMILIAR

Entiendo que al firmar esta solicitud estoy declarando que tengo el derecho a tomar decisiones educativas por este niño/a.

Si hay una custodia compartida, todos los padres y padrastrós deben firmar la solicitud y presentar la documentación de ingresos. Enumere todos los miembros de la familia.

Entiendo que el Centro de Solicitudes de Pre-K (Pre-K Application Center) no puede negarse a proveer información o documentación sobre el niño/a a uno de los padres o tutor legal, a no ser que se le haya entregado documentación legal clara al programa que prohíba compartir esta información con esa persona.

Yo certifico que toda la información es verdadera, correcta y completa, y que todos los ingresos han sido reportados y documentados. Entiendo que se proporciona esta información para documentar la elegibilidad para recibir fondos del programa.

El personal del programa puede verificar la información en esta solicitud. La falsa representación deliberada puede someterme a un proceso judicial bajo la ley estatal de Carolina del Norte aplicables.

**Firma del Padre/Madre/Tutor Legal** (*Si firma el tutor legal, adjunte la documentación de la tutela.*)

Relación con el niño/a:

Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)



**Asegúrese de completar CADA sección. Si usted deja alguna sección en blanco, no podremos procesar su aplicación.**