

Solicitud de Wake ThreeSchool 2026 – 2027

Esta solicitud es para niños que hayan cumplido TRES años para el 31 de agosto de 2026.



W A K E
T H R E E
S C H O O L



Si su niño no cumple con este requisito de edad, llame al Telamon Head Start a uno de los siguientes lugares:

- Crosby Head Start Center (Raleigh): 919-856-5232
- Parkway Head Start Center (Cary): 919-657-0577
- Knightdale Head Start (Knightdale): 919-266-1240



Enviar una solicitud completa por correo a:

Wake ThreeSchool
4901 Waters Edge Dr, Suite 101
Raleigh, NC 27606

Para información adicional, por favor visite www.wakesmartstart.org



NOTAS IMPORTANTES



Las solicitudes deben incluir todos los documentos requeridos para ser consideradas completas.

****Ver la lista de verificación****



El transporte hacia y desde Wake ThreeSchool es responsabilidad de la familia.



Las preferencias del sitio **NO** están garantizadas. Si su niño es aceptado en el programa Wake ThreeSchool, no podemos asegurar que se coloque en uno de los sitios que indique como preferencia en esta solicitud.



Las solicitudes se aceptan hasta el 31 de marzo de 2026 para este año escolar. Sin embargo, solo las solicitudes **completadas** antes del **31 de mayo de 2026** se considerarán para la colocación inicial.

Les sugerimos a las familias que presenten una solicitud completa antes del 31 de mayo de 2026.



Las solicitudes **no** se procesan por orden de llegada. Wake ThreeSchool se da prioridad a familias cuyos ingresos familiares son **iguales o inferiores al 75% del ingreso medio del estado**, así como a otros grupos prioritarios.



Las colocaciones iniciales comenzarán el **30 de junio de 2026**. Los detalles y las actualizaciones no estarán disponibles hasta después de ese plazo.

LISTA DE VERIFICACIÓN

Por favor, revisa la lista de documentos requeridos e inclúyelos con la solicitud.



COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Si el acta de nacimiento está en un lenguaje que no es inglés, por favor incluye una copia del pasaporte con una copia del acto de nacimiento.

*****No podemos aceptar tarjetas de Seguro Social*****



COMPROBANTE DE DIRECCIÓN EN EL CONDADO DE WAKE

Presenta uno de los siguientes documentos:

Copia del contrato de arrendamiento firmado actual

Debe incluir la dirección completa, el nombre del padre/tutor, la firma del padre/tutor y la firma del casero.

Factura de servicios públicos actual (con fecha dentro de los últimos 3 meses)- agua, luz, o gas

Debe incluir el nombre de la compañía, el nombre del padre o tutor, la dirección de servicio y la fecha de la factura. No puede ser un aviso final caducado ni un aviso de desconexión.

*****No podemos aceptar facturas de Internet (por ejemplo, Spectrum, AT&T, Charter, etc.)*****

Si el nombre del padre/tutor no aparece en el contrato de arrendamiento o en la factura:

Debe presentar una carta del beneficiario de la factura que confirme que el niño solicitante y su familia viven en la vivienda, **además** del contrato de arrendamiento actual **o** de la factura de servicios actual.



TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS FAMILIARES

Ingresos del Empleo

Si le pagan **semanalmente**: envíe **4** talones de pago consecutivos

Si le pagan **cada dos semanas/dos veces al mes**: envíe **2** talones de pago consecutivos

Si le pagan **mensualmente**: envíe **2** talones de pago consecutivos

Si un talón de pago no está disponible, envíe uno de los siguientes:

Una declaración de ganancias del supervisor

Documentos fiscales del **IRS 1040(s)**, **W-2(s)**, u otros documentos fiscales del año más reciente

Por favor, incluya documentación de las siguientes fuentes de ingresos cuando sea aplicable:

Manutención de Niños

Compensación del Trabajador/Discapacidad

Pensión alimenticia

Desempleo

SSA/SSI/Work First/TANF

DOCUMENTACIÓN OPCIONAL

Por favor, note que Wake ThreeSchool puede asignar puntos de prioridad si se proporciona documentación para lo siguiente:

Copia del Programa Individualizado Educativo (IEP)

Documentación del servicio militar de los padres (servicio activo actual y lesiones graves/fallecimiento derivadas del servicio militar)

Enfermedad crónica (evaluación de salud del niño o nota de proveedor médico que indique la enfermedad crónica del niño)

Copia de la evaluación educativa/de desarrollo actual que indique una necesidad educativa o de desarrollo

Solicitud de Wake ThreeSchool Año Escolar 2026 – 2027

W A K E
T H R E E
S C H O O L

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE



Nombre Legal del Niño

Nombre Medio Legal del Niño

Apellido Legal del Niño

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo

☐ Niño☐ Niña

¿Es el niño residente del condado de Wake?

☐ Sí☐ No

¿Es el niño hispano/latino?

☐ Sí☐ No¿Es el niño ciudadano americano? *La información no es utilizada para la elegibilidad.*☐ Sí☐ No¿Qué categoría describe mejor la raza del niño? *Seleccione todas las que correspondan; hay que seleccionar AL MENOS una.*☐ Asiático☐ Negro/Afroamericano☐ Nativo de Hawái/Islands Pacíficas☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska☐ Blanco

INFORMACIÓN FAMILIAR

*Incluya los nombres de los padres y tutores legales. Si la custodia es compartida, por favor, proporcione documentación sobre cómo deben tomarse las decisiones.*

¿Requiere su familia el apoyo de un intérprete?

☐ Sí☐ No

De ser así, ¿en qué idioma?

¿Con quién vive el niño? *Elija solo uno.*☐ Ambos padres☐ Solo padre #1☐ Solo padre #2☐ Guardián legal☐ Otro- por favor especifique:

Información del Padre/Tutor #1

Nombre

Apellido

Relación con el niño solicitante

☐ Madre☐ Padre☐ Guardian Legal☐ Tutor Legal☐ Madrastra☐ Padrastro☐ Otro- por favor especifique: _____

[illegible][illegible]

- ☐ Mensaje de texto
- ☐ Correo electrónico

Nombre	Apellido
---------------	-----------------

☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardian Legal ☐ Tutor Legal ☐ Madrastra ☐ Padrastro

☐ Otro- por favor especifique:

[illegible][illegible]

- ☐ Mensaje de texto
- ☐ Correo electrónico

Dirección del hogar del niño

Apartamento/Número de Suite

Código Postal

☐ Sí ☐ No

☐ El niño vive con un padre o tutor legal en una residencia propiedad o arrendada por dicho padre o tutor legal.

☐ En un motel u hotel ☐ En un refugio

☐ En una iglesia ☐ Mudándose de lugar a lugar

Apt./Número de Suite

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Cómo se enteró de nosotros

¿Cómo se enteró de este programa? *Seleccione todas las que correspondan.*

☐ Facebook
 ☐ Evento Comunitario
 ☐ Wake County Smart Start
 ☐ Centro de Cuidado Infantil

☐ Periódico
 ☐ Iglesia
 ☐ Doctor/Pediatra
 ☐ Familia/Amigos/Vecino
 ☐ Head Start

☐ Hermano/Familiar asistió a WTS/NCPK
 ☐ Escuelas Públicas del Condado de Wake
 ☐ Volante

☐ Búsqueda de Internet
 ☐ Twitter
 ☐ Otros (por favor especifique):

INFORMACIÓN DEL HOGAR  *Por favor, indique a los padres, padrastos, hermanos y/o tutores **que viven con el niño solicitante.***

Primer Nombre y Apellido	Relación con el niño solicitante	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Necesidades Especiales
Niño Solicitante	Niño Solicitante		<input type="checkbox"/>
Padre/Tutor #1	Padre/Tutor		
Padre/Tutor #2	Padre/Tutor		
Hermanos			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Número total en hogar:

INGRESOS DEL HOGAR



Si alguno de los padres o tutores declara que no tiene ingresos, por favor envíe un Estado de Cero Ingresos de Wake ThreeSchool. Se requiere documentación de todas las fuentes de ingresos familiares.

Información de Ingresos del Padre/Tutor #1

Nombre del Padre/Tutor #1

¿Alguna de estas situaciones se aplica a Padre/Tutor #1?

- ☐ Asistiendo Universidad ☐ Asistiendo Escuela Secundaria
☐ Asistiendo entrenamiento para empleo ☐ N/A

Situación laboral de Padre/Tutor #1

- ☐ Empleado
☐ No Empleado
☐ Buscando Empleo

Cuántos trabajos:

Promedio de horas trabajadas a la semana:

Si trabaja en educación (profesor, administración, transporte, etc.), por favor indica cuántos meses al año recibes ingresos por empleo.

- ☐ 9 meses ☐ 10 meses ☐ 11 meses
☐ 12 meses ☐ N/A

Nombre del empleador

Número de Teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del empleador

Número de Suite

Cuidad

Estado

Código Postal

Ingresos por empleo:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Manutención infantil:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Pensión Alimenticia:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Desempleo:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Compensación/discapacidad del trabajador:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

SSI/Work First/TANF:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Información de Ingresos del Padre/Tutor #2

Nombre del Padre/Tutor #2

¿Alguna de estas situaciones se aplica a Padre/Tutor #2?

- ☐ Asistiendo Universidad ☐ Asistiendo Escuela Secundaria
☐ Asistiendo entrenamiento para empleo ☐ N/A

Situación laboral de Padre/Tutor #2

- ☐ Empleado
☐ No Empleado
☐ Buscando Empleo

Cuántos trabajos:

Promedio de horas trabajadas a la semana:

Si trabaja en educación (profesor, administración, transporte, etc.), por favor indica cuántos meses al año recibes ingresos por empleo.

- ☐ 9 meses ☐ 10 meses ☐ 11 meses
☐ 12 meses ☐ N/A

Nombre del empleador

Número de Teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del empleador

Número de Suite

Cuidad

Estado

Código Postal

Ingresos por empleo:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Manutención infantil:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Pensión Alimenticia:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Desempleo:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Compensación/discapacidad del trabajador:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

SSI/Work First/TANF:

\$

Frecuencia de pago

- ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Bimensual ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Información de Asistencia Pública

¿Recibe su familia alguna de las siguientes ayudas? *Seleccione todas las que correspondan.*

- ☐ Niño solicitante en acogida ☐ SNAP/Cupones de alimentos ☐ Medicaid ☐ Vivienda Pública
☐ Programa para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC) ☐ Servicios para refugiados ☐ N/A

Si seleccionó “Niño solicitante en acogida” o “Servicios para refugiados” en la pregunta anterior, por favor proporcione a continuación la información de contacto de su trabajador social.

Nombre del trabajador social

Apellido del trabajador social

Número de teléfono del trabajador social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ext.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico del trabajador social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERFIL DEL ESTUDIANTE



Información del Idioma del Hogar

¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia para comunicarse?

Información Educativa

Seleccione la declaración que se aplica a este niño:

☐ Este niño nunca ha asistido a un programa de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.

☐ En el pasado, este niño asistió a un programa de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar, pero no asiste ahora. Ahora mi niño se queda con miembros de la familia o con una niñera.

Nombre del sitio/escuela/hogar de cuidado infantil familiar anterior

Fecha de última asistencia

☐ Este niño actualmente asiste a un programa de cuidado infantil o a un hogar de cuidado infantil familiar.

Nombre del sitio/escuela/hogar de cuidado infantil familiar actual

Dirección

Apt/Número de Suite

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Tiene el niño subsidio para cuidado de niños?

☐ Sí ☐ No

Factores Adicionales para la Consideración

Por favor, indique si el niño solicitante tiene alguno de los siguientes factores:

Se solicitará documentación para todos los factores aplicables.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada Activa (IEP) | <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés (NO SE NECESITA DOCUMENTACIÓN) |
| <input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica | <input type="checkbox"/> Necesidad educativa o de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> El padre, la madre o el tutor legal del menor es un miembro del ejército en servicio activo o ha sido herido gravemente o ha muerto mientras estaba en servicio activo. | |

¿El niño solicitante está inscrito o fue remitido a alguno de los siguientes programas o servicios (pasado o presente)?

Seleccione todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intervención Temprana/IFSP | <input type="checkbox"/> Evaluación del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Educación Especial/IEP |
| <input type="checkbox"/> Child Find de WCPSS | <input type="checkbox"/> Servicios de Aprendizaje Temprano de WCPSS | <input type="checkbox"/> Proyecto Enlightenment de WCPSS |
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla (proveedor privado) | <input type="checkbox"/> Fisioterapia (proveedor privado) | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional (proveedor privado) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) (proveedor privado) | <input type="checkbox"/> Otros servicios/programas/remisiones- por favor especifique: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | _____ | |

¿Cuándo se inscribió o se remitió el niño solicitante a alguno de los programas o servicios seleccionados?

Si su respuesta a la pregunta anterior fue "Ninguna de las anteriores", por favor seleccione N/A para esta pregunta.

- ☐ N/A, mi hijo no ha sido inscrito ni remitido a ningún programa o servicio.
- ☐ Está inscrito en programas/servicios.
- ☐ Lo remitieron hace poco y estamos esperando los próximos pasos.
- ☐ En el pasado.

¿Por qué el niño solicitante ya no participa en el programa o no recibe esos servicios?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> El niño ha alcanzado la mayoría de edad. | <input type="checkbox"/> El niño ya no necesitaba el programa/los servicios. |
| <input type="checkbox"/> El niño no estaba mejorando ni se beneficiaba del programa/los servicios. | |
| <input type="checkbox"/> El costo del programa/servicio era demasiado alto. | <input type="checkbox"/> La familia se mudó del área de servicio. |
| <input type="checkbox"/> La familia rechazó/paró los servicios. | <input type="checkbox"/> No pudo asistir por falta de transporte. |
| <input type="checkbox"/> Después de la evaluación, se determinó que el niño no necesitaba servicios. | |
| <input type="checkbox"/> Otro- por favor especifique: _____ | |

PREFERENCIAS DE COLOCACIÓN



Tenga en cuenta que las preferencias de sitio **NO** están garantizadas. Si su hijo es aceptado en el programa Wake ThreeSchool, no podemos garantizar que sea asignado a uno de los sitios que ha indicado como preferencia.

¿Necesitará su hijo cuidado antes y después de la escuela mientras asiste a Wake ThreeSchool?

☐ Sí ☐ No

Por favor, consulte la Lista de Sitios de Wake ThreeSchool en la página 13 de esta solicitud y clasifique sus tres preferencias de sitio de esta lista, con una como su primera opción y tres como su última. La lista de sitios participantes para el próximo año escolar está sujeta a cambios. Tenga en cuenta que no se pueden garantizar las preferencias del sitio.

Primera Opción:

Segunda Opción:

Tercera Opción:

Al proporcionar sus iniciales aquí, usted confirma que entiende que las preferencias del sitio no están garantizadas. Sus iniciales aquí confirman que usted entiende que, si su hijo es aceptado en el programa Wake ThreeSchool, se le puede ofrecer colocación en un sitio que no figure en su lista de preferencias.

Inicial aquí:

Por favor, indique si desea que su dirección del hogar o dirección del trabajo se utilice para la consideración de colocación. Tenga en cuenta que la dirección indicada debe estar ubicada en el condado de Wake para ser considerada; si su dirección del trabajo está fuera del condado de Wake, la dirección del hogar en la solicitud será la predeterminada para la consideración de la colocación.

☐ Dirección del hogar ☐ Dirección del trabajo

Si seleccionó la **dirección del trabajo**, ingrese la dirección que desea utilizar para considerar la colocación.

Dirección

Apt/Número de Suite

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Cuál es su método de transporte regular anticipado para llevar a su hijo hacia y desde la escuela Wake ThreeSchool?

Por favor, tenga en cuenta que el transporte hacia/desde el programa es responsabilidad de la familia.

☐ Conduciendo Coche ☐ Caminando ☐ Transporte Público
☐ Taxi/Uber/Lyft/Servicio de auto ☐ Otros- por favor especifique:

Por favor, indique la distancia más lejana que puede viajar hasta la escuela de Wake ThreeSchool de su hijo.

☐ 10 millas ☐ 15 millas ☐ 20 millas ☐ 25 millas ☐ Más de 25 millas

RESPONSABILIDAD FAMILIAR



Por favor lea atentamente. Ponga sus iniciales de **cada** casilla y firme la solicitud para confirmar que entiende y acepta sus responsabilidades.

Inicial aquí

Autorizo a las agencias de Wake ThreeSchool (Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Wake, Wake County Smart Start, Wake County Human Services, Advance Community Health, y Comité de Estados Unidos para Refugiados e Inmigrantes) para intercambiar información sobre mi niño/a con el propósito de determinar la elegibilidad para los programas Wake ThreeSchool financiados por el estado y el gobierno 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 Wake ThreeSchool que se asocian para compartir la información de contacto de mi familia con los socios del Condado de Wake que sirven a niños de 3 y 4 años, si creen que mi niño/a es elegible para otros programas comunitarios.

Inicial aquí

Entiendo que mi niño/a necesitará **un examen médico** que incluye **exámenes de audición, visión, y odontología** antes de asistir al programa de Wake ThreeSchool.

Inicial aquí

Doy permiso para que mi hijo reciba **exámenes de desarrollo, del habla y del lenguaje** y exámenes adicionales de **audición, visión y dentales**. Los resultados de estas evaluaciones pueden ser compartidos con los socios de Wake ThreeSchool (Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Wake, Wake County Smart Start, Wake Connections, Telamon Head Start y Advance Community Health).

Inicial aquí

Si su niño/a es colocado en un centro a través del programa Wake ThreeSchool, cualquier documentación relacionada con los criterios presentados con la solicitud se compartirá con el centro.

Inicial aquí

Entiendo que si mi niño/a es seleccionado, **se espera que la familia participe**. Mi familia se compromete a cooperar con el programa para presentar la documentación y solicitudes necesarias para servicios adicionales.

Inicial aquí

El programa WTS tiene una duración de 10 meses. Si su niño/a es aceptado, **se requiere asistencia constante** para mantener su colocación en el programa.

Inicial aquí

Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Wake ThreeSchool es responsabilidad de la familia.

Inicial aquí

Entiendo que es mi responsabilidad notificar al personal de Wake ThreeSchool de cualquier cambio en la dirección, número de teléfono o inscripción de mi hijo en cualquier tipo de cuidado con licencia, así como cualquier cambio en el tamaño de nuestra familia o ingreso de nuestra familia.

Inicial aquí

Entiendo que mi niño/a podría ser colocado/a en la lista de espera.

Inicial aquí

Entiendo que las preferencias del sitio **no** se pueden garantizar.

Inicial aquí

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

Inicial aquí

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

Inicial aquí

Entiendo que Wake ThreeSchool no puede negarse a proveer información o documentación sobre el niño/a, a menos que se le haya entregado al programa documentación legal clara que prohíba divulgar esta información con esa persona.

Inicial aquí

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

Inicial aquí

Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta aplicación. La falsificación será utilizada en mi contra conforme a las leyes estatales de Carolina del Norte.

Firma del padre/tutor legal

Fecha (mm/dd/aaaa)



Por favor, asegúrese de responder TODAS las preguntas de esta solicitud. No podemos procesar su solicitud si alguna sección queda en blanco o incompleta.



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

Tenga en cuenta que la lista de sitios participantes de Wake ThreeSchool, así como los servicios que ofrecen (incluidos, pero no limitados a cuidado antes/después, transporte, etc.) para el año escolar actual, está sujeta a cambios. Esta lista se actualizará en consecuencia. Por favor, póngase en contacto directamente con el sitio si tiene preguntas sobre los servicios específicos que ofrecen fuera del horario escolar de Wake ThreeSchool.

A Safe Place Early Learning Center (Clarendon)

Dirección: 201 Clarendon Crescent, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Charmaine Winston

Correo electrónico: cwinston@asafeplacechildcare.org

Número de teléfono: (919) 833-9330

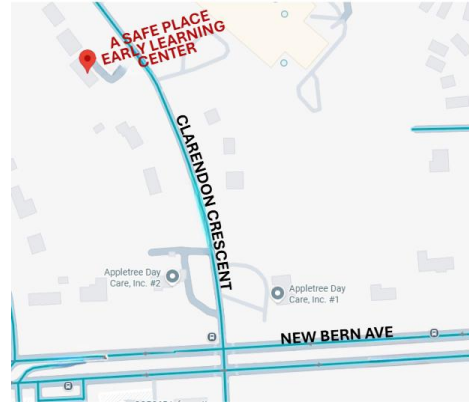
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$400 por mes

Transporte limitado: No



A Safe Place Child Childcare (Cross Link)

Dirección: 1216 Cross Link Rd, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Charmaine Winston

Correo electrónico: cwinston@asafeplacechildcare.org

Número de teléfono: (919) 833-9330

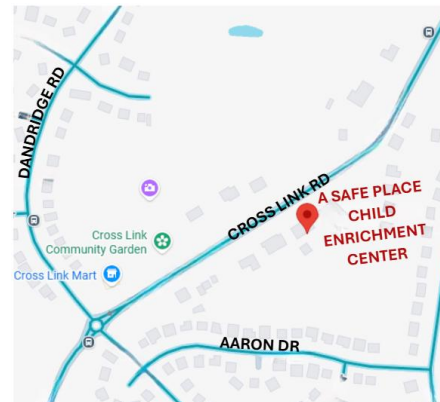
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$400 por mes

Transporte limitado: No



A Safe Place Early Learning Center #2 (Trawick)

Dirección: 2625 Trawick Rd, Raleigh, NC 27601

Contacto de WTS: Charmaine Winston

Correo electrónico: cwinston@asafeplacechildcare.org

Número de teléfono: (984) 218-2442

Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$400 por mes

Transporte limitado: No



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

Academically Based Child Development Center

Dirección: 916 Rock Quarry Rd, #101, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Kimberly Knight

Correo electrónico: qutekids@aol.com

Número de teléfono: (919) 833-1640

Horario del programa WTS: 9:00 am – 3:30 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 9:00 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:30 – 6:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$240 por mes

Transporte limitado: Sí

Costo de transporte: Donación de hasta \$40 por mes



Bambino's Playschool

Dirección: 3404 Davis Dr, Cary, NC 27519

Contacto de WTS: Adria Boyd

Correo electrónico: adria@bambinosplayschool.com

Número de teléfono: (919) 694-5777

Horario del programa WTS: 9:00 am – 3:30 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 8:00 – 9:00 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:30 – 5:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$555 por mes

Transporte limitado: No



Bright Beginnings Child Development Center

Dirección: 123 Bright Beginning Way, Cary, NC 27519

Contacto de WTS: Lisa Ware

Correo electrónico: warelisaatbb@gmail.com

Número de teléfono: (919) 367-0009

Horario del programa WTS: 9:00 am – 3:30 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:30 – 9:00 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:30 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$556 por mes

Transporte limitado: No



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

Childcare Network #125

Dirección: 350 W Jones St, Fuquay Varina, NC 27526

Contacto de WTS: Selena Bowe

Correo electrónico: CNI125@childcarenetwork.com

Número de teléfono: (919) 557-1219

Horario del programa WTS: 8:00 am – 2:30 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 6:30 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 2:30 – 6:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$300 por mes

Transporte limitado: No



The Daniel Center for Math and Science

Dirección: 735 Rock Quarry Rd, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Nina Jacobs

Correo electrónico: njacobs@danielcenter.org

Número de teléfono: (919) 828-6443

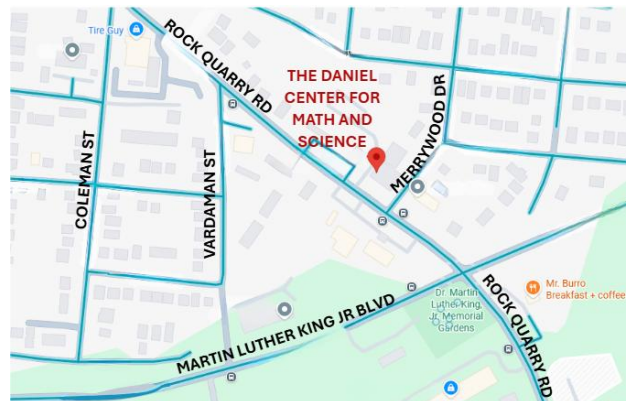
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: N/A, no disponible

Horas de cuidado de la tarde/después: N/A, no disponible

Costo de cuidados combinados: N/A, no disponible

Transporte limitado: No



Early Preschool and Learning Center

Dirección: 2614 Fairway Dr, Raleigh, NC 27603

Contacto de WTS: Connie Kennedy

Correo electrónico: cwtsonpalc@aol.com

Número de teléfono: (919) 772-4109

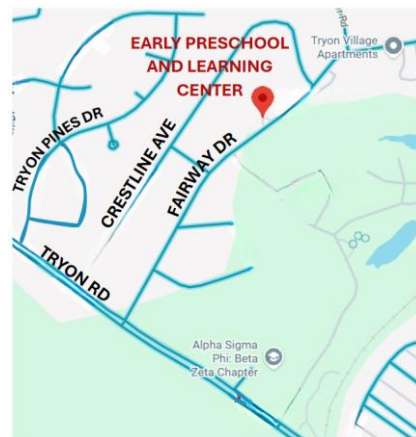
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 4:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$480 por mes

Transporte limitado: No



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

The Happy Face Preschool

Dirección: 2010 Fort Sumter Rd, Raleigh, NC 27606

Contacto de WTS: Coprecia Robinson

Correo electrónico: happyfaceps@gmail.com

Número de teléfono: (919) 233-8081

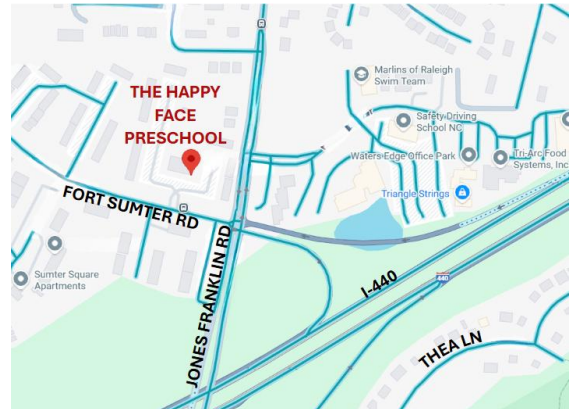
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:30 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 4:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$250 por mes

Transporte limitado: No



Kids First Academy Daycare

Dirección: 3308 Poole Rd, #108, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Loleta Brown

Correo electrónico: kfaraleigh@gmail.com

Número de teléfono: (919) 255-3313

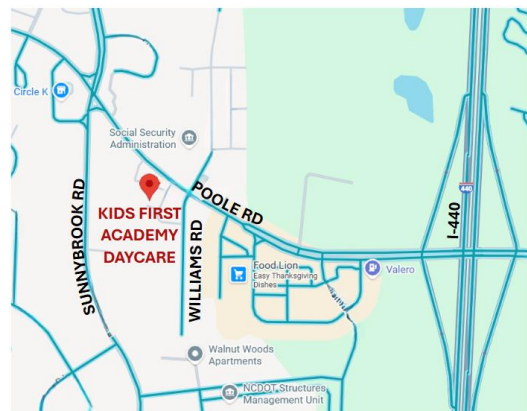
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 8:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 5:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$150 por semana

Transporte limitado: No



Little Believers Academy II

Dirección: 3000 Rock Quarry Rd, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Cassandra Brooks

Correo electrónico: littlebelievers@gmail.com

Número de teléfono: (919) 720-4773

Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 6:30 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$758 por mes

Transporte limitado: No



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

Little Hands N Feet Childcare Center

Dirección: 2906 Brentwood Rd, Raleigh, NC 27604

Contacto de WTS: Ronetta Pearsall

Correo electrónico: littlehandsnfeet@bellsouth.net

Número de teléfono: (919) 981-0034

Horario del programa WTS: 8:00 am – 2:30 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:30 – 8:00 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 2:30 – 5:30 pm

Costo de cuidados combinados: \$300 por mes

Transporte limitado: No



Method Child Development Center

Dirección: 900 Trailwood Dr, Raleigh, NC 27606

Contacto de WTS: Martinique McLaughlin

Correo electrónico: method.director@gmail.com

Número de teléfono: (919) 852-4568

Horario del programa WTS: 8:00 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:00 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 6:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$400 por mes

Transporte limitado: No



Triangle Academy & Preschool

Dirección: 200 Dancers Pointe Ln, Cary, NC 27518

Contacto de WTS: Jessica Garcia

Correo electrónico: director@tapschool.com

Número de teléfono: (919) 363-0850

Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 6:30 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 6:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$455 por mes

Transporte limitado: Sí

Costo de transporte: \$152 por mes



Lista de Sitios de Wake ThreeSchool del AE26-27

Wakefield Creative School

Dirección: 2700 Wakefield Pines Dr, Raleigh, NC 27614

Contacto de WTS: April Proctor

Correo electrónico: april.proctor@creativeschools.com

Número de teléfono: (919) 562-7900

Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: 7:00 – 8:30 am

Horas de cuidado de la tarde/después: 3:00 – 6:00 pm

Costo de cuidados combinados: \$429 por mes

Transporte limitado: No



Wanda's Little Hands Educational Center

Dirección: 3308 Poole Rd #108, Raleigh, NC 27610

Contacto de WTS: Monica Glover

Correo electrónico: wandaslittlehands@yahoo.com

Número de teléfono: (919) 231-9960

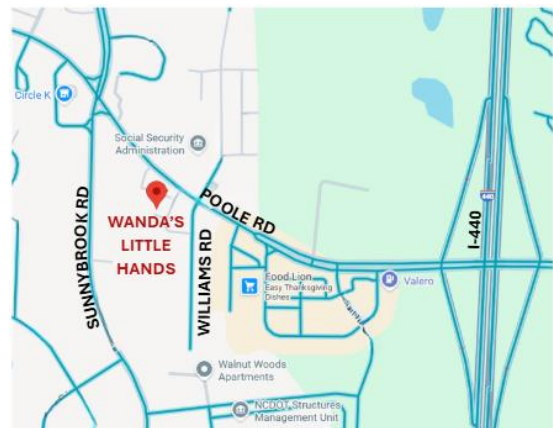
Horario del programa WTS: 8:30 am – 3:00 pm

Horas de cuidado de la mañana/antes: N/A, no disponible

Horas de cuidado de la tarde/después: N/A, no disponible

Costo de cuidados combinados: N/A, no disponible

Transporte limitado: No



Escanea el código QR a continuación para ver un mapa de todos los sitios de Wake ThreeSchool.

