

## INFORMACIÓN DE SERVICIOS PREESCOLARES DEL CONDADO DE ROCKINGHAM 2024-2025

(CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SU INFORMACIÓN)

### ¿Qué es preescolar?

El preescolar es una oportunidad de aprendizaje divertida y emocionante para los niños. En preescolar, los estudiantes desarrollan muchas habilidades que facilitan la transición a kínder. Las aulas de preescolar de nuestra comunidad funcionan por lo menos 6.5 horas al día, de lunes a viernes desde finales de agosto hasta junio. Las aulas están ubicadas en todo el condado dentro de las Escuelas del Condado de Rockingham, Head Start de Aprendizaje Temprano de las Escuelas del Condado de Rockingham y centros preescolares privados. El programa no tiene costo para las familias que califican. Aunque los programas son similares, cada uno tiene diferentes criterios de elegibilidad. Al enviar una solicitud, su hijo será considerado para todas las ubicaciones posibles. Los espacios son limitados y algunos niños pueden ser colocados en una lista de espera. **La elegibilidad no garantiza la colocación.**

### ¿Quién debe aplicar?

*Si una o más de los siguientes requisitos es verdadera, debe considerar solicitar preescolar*

- El niño tendrá tres o cuatro años el 31 de agosto de 2024 o antes
- El niño/la familia recibe SNAP/WIC y/u otros beneficios públicos
- Hijo de una familia militar
- El niño tiene una discapacidad identificada o un retraso en el desarrollo
- Niño/familia con un idioma principal que no sea inglés
- Niño que vive con una familia de crianza, tutor legal o pariente

### Lo que necesitará para aplicar:

- Solicitud completa
- Comprobante de nacimiento (certificado de nacimiento, registros médicos o registros de vacunas)
- Comprobante de ingresos (1040, W-2, manutención infantil, seguro social, jubilación, discapacidad, beneficios de desempleo, compensación laboral, asistencia pública/beneficios de trabajo primero, pago militar o 3 talones de pago consecutivos).
- Los padres/tutores que no estén empleados o no tengan una fuente regular de ingresos deberán completar una declaración sobre la falta de ingresos y enumerar la fuente de apoyo para la familia. (Ver cuadro en la segunda página de la solicitud).
- Prueba de residencia (factura de servicios públicos actual o contrato de alquiler)
  - **Si esta aplicando para Head Start** porfavor tambien provee:
  - Un fisico medico acutal
  - Una copia de la tarjeta de aseguanza/medicad

### Devuelva la solicitud de su hijo:

**(NO DEVUELVA ESTA SOLICITUD A UNA ESCUELA, ESTO CAUSARÁ UN RETRASO)**

 <p><b>Rockingham County Schools Early Learning Head Start</b> 705 Ayersville Rd, Madison 336-548-4780 mcheek@rock.k12.nc.us Contact: Michele Cheek</p> <p><b>Acepta solicitudes de niños de 3 y 4 años</b></p>	 <p><b>Rockingham County Partnership for Children/NC Pre-K</b> 7572 NC Hwy 87, Reidsville 336-342-9676 ncpk@rockinghamkids.org Contact: Ariel Reyes</p> <p><b>Solo aplicaciones de 4 años</b></p>	 <p><b>Rockingham County Schools Preschool Program</b> 511 Harrington Hwy, Eden 336-616-0263 arose@rock.k12.nc.us Contact: Amy Rose</p> <p><b>Acepta solicitudes de niños de 3 y 4 años</b></p>
--	--	--

## SITIOS PREESCOLARES DEL CONDADO DE ROCKINGHAM

*(Tenga en cuenta que los sitios están sujetos a cambios)*

Ubicación	la dirección	Llegada	Salida	¿Cuidado antes/después de la escuela disponible? <i>(puede ser un cargo adicional)</i>
1. Bethany Elementary Preschool	271 Bethany Rd., Reidsville	7:30	2:15	No
2. Carol's Care Child Dev Center	2209 Olive Dr., Reidsville	7:45	2:15	Sí
3. Douglass Elementary Head Start	408 Price St., Eden	7:45	2:15	No
4. Douglass Elementary Preschool	408 Price St., Eden	7:45	2:15	No
5. Draper Head Start	1719 East Stadium Dr., Eden	7:45	2:15	No
6. Elm Grove Head Start	1302 US 29 Business, Reidsville	7:45	2:15	No
7. Huntsville Elementary Preschool	2020 Sardis Church Rd., Madison	7:20	2:15	No
8. Lawsonville Head Start	212 Lawsonville Ave., Reidsville	7:45	2:15	No
9. Leaksville Spray Elementary Preschool	415 Highland Dr., Eden	7:45	2:30	No
10. Lincoln Elementary Preschool	2660 Oregon Hill Rd., Ruffin	7:45	2:30	No
11. Little Angels Child Dev Center	1815 Barnes St., Reidsville	7:45	2:15	Sí
12. Little Hands Preschool Academy	337 West Stadium Dr., Eden	7:45	2:15	No
13. Little Kings & Queens Developmental Preschool	1470 Wolf Island Rd., Reidsville	7:45	2:15	Sí
14. Madison (Dillard) Head Start	810 Cure Dr., Madison	7:45	2:15	No
15. Monroeton Elementary Preschool	8081 NC Hwy 158, Reidsville	7:45	2:15	No
16. Reidsville High School Early Childhood Center	1901 South Park Dr., Reidsville	8:00	2:30	No
17. Stoneville Elementary Head Start	203 Stone St., Stoneville	7:45	2:15	No
18. Stoneville Elementary Preschool	203 Stone St., Stoneville	7:45	2:15	No
19. Wentworth Elementary Preschool	8806 NC Hwy 87, Reidsville	7:30	2:15	No
20. Western Rockingham Early Childhood Center	915 N West Ayersville Rd., Madison	8:00	2:30	No
21. Williamsburg Elementary Preschool	2830 NC Hwy 87, Reidsville	7:30	2:15	No



**¿Está el padre/tutor de esta familia empleado o inscrito en la escuela? Por favor, compruebe.**

**Padre/Tutor 1:** Empleado  SI  NO Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  F/T  P/T  
 Buscando Trabajo  SI  NO \*Porfavor firmar declaracion abajo  
 Inscrito en la escuela  SI  NO Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo el nivel más alto de educación completado:**

**Padre/Guardián 1:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 mas alto HS Diploma GED AA BA/BS or higher

**Padre/Guardián 1 Ingreso - ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO (Proporcione la documentación)**

Ingresos laborales \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Asistencia pública/Work first \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Seguro Social /SSA/SSI \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Desempeño/Worker's Comp\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Manutención de los hijos /Pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios SNAP: \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente

**Padre/Tutor 2:** Empleado  SI  NO Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  F/T  P/T  
 Buscando Trabajo  SI  NO \*Porfavor firmar declaracion abajo  
 Inscrito en la escuela  SI  NO Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo el nivel más alto de educación completado:**

**Padre/Guardián 2:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 mas alto HS Diploma GED AA BA/BS or higher

**Parent/Guardián 2 Ingreso - ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESO (Proporcione la documentación)**

Ingresos laborales \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Asistencia pública/Work first \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Seguro Social /SSA/SSI \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Desempeño/Worker's Comp\$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Manutención de los hijos /Pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente
Beneficios SNAP \$ _____	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> cada dos semanas	<input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anualmente

**Sin declaración de ingresos: Complete Si padre 1 y/ o padre 2 estan DESEMPLEADOS/ no recibiendo beneficios**

\* Si actualmente está desempleado y no recibe beneficios de desempleo ni ninguna otra fuente de ingresos regulares, indique la persona que brinda apoyo a esta familia: \_\_\_\_\_

No recibo ningún ingreso de las fuentes mencionadas anteriormente. Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, entiendo que a mi hijo no se le permitirá participar en el programa.

Si esto es aplicable para ambos padres, incluya ambos nombres/firmas.

Padre/Guardian nombre(s): \_\_\_\_\_

Padre/Guardian firma(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN Y SALUD (por favor responda cada pregunta)

- ¿Su hijo tiene una condición de salud crónica? (*Se requiere documentación del médico*)  SI  NO  
En caso afirmativo, ¿cuál es la condición de salud? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo necesita ayuda con el entrenamiento para ir al baño?  SI  NO
- ¿Ha sido identificado o derivado su hijo con una Necesidad Especial?  SI  NO
- ¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)?  SI  NO
- ¿Está su hijo actualmente recibiendo servicios por una necesidad especial o discapacidad?  SI  NO  
**En caso afirmativo, especifique (*marque todo lo que corresponda*)**
  - Habla  Terapia física  Servicios educativos  Autismo  Retraso en el desarrollo
  - Salud mental  Discapacidad identificada: especifique \_\_\_\_\_

**\*\*\* Adjunte documentación de necesidades especiales/referencias médicas/IEP \*\*\***

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su hijo? (preocupaciones, información médica, alergias, etc.)

---

---

---

---

---

---

## INFORMACIÓN ADICIONAL (*por favor responda cada pregunta*)

- ¿Es el padre/tutor legal de este niño un miembro activo de las fuerzas armadas, o era un padre/tutor legal de este niño lesionado o muerto mientras estaba en servicio activo? (*Se requiere verificación de documentación militar*)  SI  NO
- ¿Está el niño inscrito actualmente en un preescolar, un centro de cuidado infantil o un hogar de cuidado infantil familiar?  SI  NO  
**Si actualmente** está inscrito, ¿cuál es el nombre del programa? \_\_\_\_\_
- ¿Recibe actualmente subsidio para el cuidado de niños?  SÍ  NO
- Desde su nacimiento, ¿alguna vez ha estado inscrito este niño en un centro preescolar, de cuidado infantil o de cuidado familiar en el hogar?  SÍ  NO

**En caso afirmativo,** ¿cuál es el nombre de la instalación? \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

- Entiendo que esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y no garantiza un espacio en ningún programa.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que se han informado todos los ingresos.
- Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos federales y/o estatales. Los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud.
- La información en este formulario se puede usar solo para determinar la elegibilidad para los programas Head Start, Preescolar de las Escuelas del Condado de Rockingham y/o Pre-K de Carolina del Norte. Por la presente doy a conocer la información para que mi hijo pueda ser considerado para cualquiera de estos programas. Las agencias designadas pueden compartir y/o verificar toda la información sobre mi hijo.
- Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar en el programa NCPK o Head Start, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo, y yo/nosotros nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios del programa.
- Doy permiso para que mi hijo reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, dentales y/o del habla y lenguaje y para que los resultados se compartan con los programas asociados de Pre-K (Head Start, Título I y NC Pre-K).
- Autorizo a la Asociación para Niños del Condado de Rockingham, las Escuelas del Condado de Rockingham y Head Start de Aprendizaje Temprano de las Escuelas del Condado de Rockingham a usar la información en esta solicitud con el propósito de determinar la elegibilidad para programas preescolares estatales y federales, así como para la recopilación de datos y la evaluación de programas por parte de la División de Educación Infantil de Carolina del Norte Desarrollo y Educación Temprana (DCDEE).

*Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que se han informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de servicios proporcionados por fondos estatales y federales. Los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud. La tergiversación deliberada puede resultar en la eliminación de mi hijo del programa.*

Padre/Guardian firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍE SU SOLICITUD A UNA DE LAS AGENCIAS MENCIONADAS EN LA PORTADA DE INFORMACIÓN!!**

O escanee/envíe un correo electrónico a [arielr@rockinghamkids.org](mailto:arielr@rockinghamkids.org) o [mwesley@rock.k12.nc.us](mailto:mwesley@rock.k12.nc.us)