



## Wilson County Partnership for Children

109 Park Avenue West  
Post Office Box 2661  
Wilson, North Carolina 27894  
Phone: 252.206.4235  
Fax: 252.206.4245

### NC Pre-K Program Year 2024-2025

Dear Families,

Thank you for your interest in applying for your child to participate in Wilson County NC Pre-Kindergarten (NC Pre-K)/Title 1 Program. The NC Pre-K/Title 1 is a free preschool program designed to help prepare four-year-olds for kindergarten through a creative curriculum-based learning environment.

Please complete the attached application packet and submit the completed application packet, along with the required supporting documents listed on the last page of the application.

Completed application packets may be submitted by the following ways:

- Mailed to our office at Wilson County Partnership for Children P.O. Box 2661 Wilson, NC 27893
- Hand-delivered and placed in our outside brown drop box at the front door entrance located at 109 Park Avenue West Wilson, NC 27893
- Hand-delivered to Hattie Daniels Day Care Center, Kid City USA, John W. Jones Elementary School, Margaret Hearne Elementary School, or Childcare Network #331
- Or apply online at [www.wilsonpfc.org](http://www.wilsonpfc.org)

**PLEASE NOTE: Incomplete application packets will not be processed until all the required documents listed on the last page of the application are received.**

We sincerely hope that we can serve your child and help prepare him/her for their transition into kindergarten.

If you have any questions concerning your child's application packet, please feel free to contact me via email at [Shalonda.holley@wilsonpfc.org](mailto:Shalonda.holley@wilsonpfc.org), or via telephone at 252-206-4235 ext. 115. For parents who require a Spanish translator, please contact Mrs. Amparo Hernandez at 252-373-7690 for assistance.

Thank you,

**Shalonda Holley**  
NC Pre-K Coordinator  
Wilson County Partnership for Children  
109 Park Avenue West  
Wilson, NC 27893



Wilson County Partnership for Children  
109 Park Avenue West  
Post Office Box 2661  
Wilson, North Carolina 27894  
Phone: 252.206.4235  
Fax: 252.206.4245

## Programa de Pre-K de NC Año 2024-2025

Queridas Familias,

Gracias por su interés en aplicar para que su hijo participe en el Pre-Kindergarten del Condado de Wilson de NC (NC Pre-K)/Programa Título 1. NC Pre-K/Título 1 es un programa Preescolar gratuito designado para ayudar a preparar a los cuatro años para kindergarten a través de un entorno de aprendizaje creativo basado en un plan de estudios.

Por favor complete el paquete de aplicación adjunto y entregue el paquete de aplicación completado, junto con los documentos de respaldo listados en la última página de la aplicación.

Paquetes de aplicación completados deben ser entregados de las siguientes formas:

- Por correo a nuestra oficina a Wilson County Partnership for Children P.O. Box 2661 Wilson, NC 27893
- Entregado-a mano y puesta en nuestra caja de buzón café afuera de nuestra puerta de entrada principal localizada en 109 Park Avenue West Wilson, NC 27893
- Entregado-a mano en Hattie Daniels Centro de cuidados de día, Kid City USA, John W. Jones Escuela Elementaria, Margaret Hearne Escuela Elementaria, o Childcare Network #331
- O aplica en línea en [www.wilsonpfc.org](http://www.wilsonpfc.org)

**PORFAVOR NOTAR: Paquetes de aplicaciones incompletas no serán procesadas hasta que todos los documentos requeridos listados en la última página de la aplicación sean recibidos.**

Nosotros sinceramente esperamos que podamos servir a su hijo y ayudarle a el/ella para su transición al kindergarten.

Si tiene preguntas concernientes al paquete de aplicación de su hijo por favor siéntase libre de contactarme por email a [Shalonda.holley@wilsonpfc.org](mailto:Shalonda.holley@wilsonpfc.org), o vía Telefónica al 252-206-4235 ext. 115. Para los padres que requieren traducción en Español, por favor contactar a la Sra. Amparo Hernandez at 252-373-7690 para asistencia.

Gracias,

**Shalonda Holley**  
Coordinadora de NC Pre-K  
Wilson County Partnership for Children  
109 Park Avenue West  
Wilson, NC 27893



## Wilson County NC Pre-Kindergarten/Title 1 Application for Program Year 2024-2025

**This application is for children who will be four years old on or  
before  
August 31, 2024.**

### Important Reminders?

- Applications must include all required documents to be considered **“complete.”**
- Incomplete applications will not be processed until all the required documents are received.
- Applications are available to be printed online.
- Applications must be dropped off at **Wilson County Partnership for Children located at 109 Park Avenue West Wilson, NC 27893, left in the brown drop box, or mailed to Wilson County Partnership for Children 109 Park Avenue West P.O. Box 2661 Wilson, NC 27893.**
- Transportation to NC Pre-K is the responsibility of the family.
- Applications are accepted year-round for this application year.
- There is **NO CHARGE** for the NC Pre-K Program.

If you have any questions, contact:

Shalonda Holley/NC Pre-K Coordinator

Wilson County Partnership for Children

109 Park Avenue West Wilson, NC 27893

Email: [Shalonda.holley@Wilsonpfc.org](mailto:Shalonda.holley@Wilsonpfc.org) or by phone 252-206-4235 ext. 115

**For parents, who require a Spanish translator, or have questions concerning your application please call  
Amparo Hernandez at 252-373-7690.**



## Wilson County Pre-Kindergarten/Title 1 Aplicación para el programa del año 2024-2025

**Esta aplicación es para niños que tendrán cuatro años de edad antes o en Agosto 31, 2024.**

### Recordatorios importantes

- Las aplicaciones deben incluir todos los documentos requeridos para ser considerado que la aplicación está **“completa.”**
- Aplicaciones incompletas no van a ser procesadas hasta que todos los documentos requeridos sean recibidos.
- **Todas las aplicaciones DEBEN SER dejadas en el Wilson County Partnership for Children localizado en 109 Park Avenue West, favor de depositar su aplicación en la caja de buzón café afuera de la Puerta de enfrente, o enviar por correo a la siguiente dirección: Wilson County Partnership for Children P.O. Box 2661 Wilson, NC 27893.**
- Transportación para el NC Pre-K es la responsabilidad de la familia.
- Aplicaciones son aceptadas todo el año-redondo para este año de aplicaciones.
- No hay Cargo para el Programa de NC Pre-K.

Si tiene preguntas, favor contactar a:

Senorita Shalonda Holley/NC Pre-K Coordinator

Wilson County Partnership for Children

109 Park Avenue West Wilson, NC 27893

Dirección electrónica: [Shalonda.holley@Wilsonpfc.org](mailto:Shalonda.holley@Wilsonpfc.org) o por teléfono a 252-206-4235 ext. 115

**Para padres, que requieran traducción a Español, o tengan preguntas concernientes a tu aplicación por favor llama a Amparo Hernandez al 252-373-7690.**



**Wilson County NC Pre-K Pre-Kindergarten/Title 1 Application for Program Year 2024-2025**

All applications must be hand delivered to Wilson County Partnership for Children located at 109 Park Avenue West Wilson, NC 27893, left in the brown drop box, or mailed to Wilson County Partnership for Children 109 Park Avenue West P.O. Box 2261 Wilson, NC 27893. Families also have the option to hand-delivered to private, or Public NC Pre-K sites.

Todas las aplicaciones deben ser entregadas a mano en Wilson County Partnership for Children localizado en 109 Park Avenue West Wilson NC 27893, dejadas en el buzón café o enviados por correo a Wilson County Partnership for Children P.O Box 2261 Wilson NC 27893. Familias tambien tienen la opción de entregarlas en mano en las locaciones de NC Pre-K privadas o publicas.

**Child Information/Información del Niño**

**Child’s Full Name/Nombre de Niño/a:** \_\_\_\_\_

**Child’s Date of Birth/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Child’s Gender/Genero del Niño:**     Male/Masculino     Female/Femenino

**Is the Child Hispanic/Hispano:**     Yes/Si     No/No

**Child’s Race/Raza: (please check all that apply)**     White/Blanco o Europeo Americano     Black/African American/Negro o Afroamericano     Asian/Asiático     Pacific Islander/Otras islas del pacifico     Native American/Alaskan/Nativo Americano/Alaska/Indio Americano

**What language does the child speak most of the time?/¿Que idioma habla su hijo/la mayor parte del tiempo?**  
\_\_\_\_\_

**What language would you like your child to be screened?/¿En qué idioma le gustaría que su hijo fuera examinado?** \_\_\_\_\_

**Is the child a U.S. Citizen?/¿Es el niño un ciudadano estadounidense?**     Yes/Si     No/No

**Is the child a North Carolina Resident?/¿Es el niño residente de Carolina del Norte?**     Yes/Si     No/No

**What is the child’s County of Residence/¿Cuál es el Condado de Residencia del niño?** \_\_\_\_\_

**Child Lives With/El niño vive con (seleccione):**     Mother/Madre     Father/Padre     Mother & Father/Madre y Padre  
 Legal Guardian/ Tutor Legal     Other/Otro: \_\_\_\_\_

**Child's Health Information/Información de Salud del Niño**

**Does your child have medical insurance?/¿Su hijo tiene seguro médico?**  Yes/Si  No/No  
**If yes, please check what type of insurance/En caso afirmativo, compruebe qué tipo de seguro.**  
 Medicaid  Private Insurance/Seguro privado  Other \_\_\_\_\_

**Does your child have a chronic health condition or allergies?/Tiene su hijo/a alguna enfermedad crónica o tiene alergias**  Yes/Si  No/No  
**If yes, please describe/En caso afirmativo, sírvase describir** \_\_\_\_\_

**Does your child take any prescribed medication on a regular basis? If yes, please describe/¿Su hijo toma algún medicamento recetado de forma regular? En caso afirmativo, sírvase describir** \_\_\_\_\_

**Does your child have a Learning Plan (check which one)?/¿Su hijo tiene un Plan de Aprendizaje (verifique cuál)?**  
 Yes/Si  No/No  
 IEP  IFSP

**Which of the following health concerns or problems relate to this child: (Check both boxes that say no if none of these apply to your child)/ Cuál de los siguientes problemas o problemas de salud se relacionan con este niño: (Marque ambas casillas que dicen no si ninguno de estos se aplica a su hijo)**

- No Special Needs Identified/No se identificaron necesidades especiales
- No specific health concerns/No problemas de salud específico
- Hearing Impaired/Impedido del sentido de la audición
- Developmental Delay/Retrazo en el desarrollo
- Has chronic health problems (asthma, diabetes, arthritis)/Problemas de salud crónica (asma, diabetes, artritis)
- Multi-Handicapped/Multi discapacitado
- Autistic/Autista
- Orthopedically Impaired/Impedido ortopédicamente
- Deaf/Blind/Sordo/Ciego
- Speech Language Impaired/Deterioro del lenguaje y del habla
- Visual Impaired/discapacitado visual
- Traumatic Brain Injured/Lesión cerebral traumática
- Physical challenge, or Chronic illness (for example: asthma please describe)/ Desafío físico o enfermedad crónica (por ejemplo: asma, por favor describa)
- Other/Otro \_\_\_\_\_

**Is your child fully potty trained?/ Está tu hijo entrenado para usar el baño solo?**  Yes/Si  No/No

**In case of an emergency, if parent/guardian can't be reached who else can be called?/En caso de emergencia, si el Padre/Guardian no puede ser localizado, a quién mas se le puede llamar?**

**Name/Nombre** \_\_\_\_\_

**Name/Nombre** \_\_\_\_\_

**Relationship/Parentesco** \_\_\_\_\_

**Relationship/Parentesco** \_\_\_\_\_

**Phone/Teléfono** \_\_\_\_\_

**Phone/ Teléfono** \_\_\_\_\_

**Child's Education Information/Educación del Niño**

**Has your child ever attended daycare, Head Start, or Nursery School?/¿ Su hijo/a ha asistido a una guardería, Head Start o jardín infantil?**     Yes/Si     No/No

**If yes, please list the name of program attended/En caso afirmativo, indique el nombre del programa al que asistió.** \_\_\_\_\_  
**and dates attended/Fechas de asistencia** \_\_\_\_\_

**Is your child currently enrolled in daycare, or preschool at this time?/¿Su hijo está actualmente inscrito en la guardería o en el preescolar en este momento?**     Yes/Si     No/No

**If yes, please list the name of the center that the child is currently attending /En caso afirmativo, indique el nombre del centro al que asiste actualmente el niño** \_\_\_\_\_

**Are you currently receiving Subsidized Child Care through the Wilson County Partnership for Children or Department of Social Services?/¿Está recibiendo actualmente Cuidado Infantil Subsidiado a través de la Asociación para Niños del Condado de Wilson o el Departamento de Servicios Sociales?**     Yes/Si     No/No

**Household Information/Información Sobre Toda la Casa**

**Do you receive Food Stamps, or WIC?/Recibes Estapillas de Comida, o WIC**     Yes/Si     No/No

**Do you live in Public Housing (Section 8)?/Vive usted en Casa Publica**     Yes/Si     No/No

**Please list child, parents, stepparents, brothers, sisters who are under the age of 18, and/or guardians who live in child's home/Por favor, enumere al niño, padres, padrastros, hermanos, hermanas y / o tutores que viven en el hogar del niño**

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Relationship to Child/Relación con el niño/niña	Special Needs/Necesidades especiales yes or no/si o no
Child's Name:		Applicant/Solicitante	

Total number in family/Número total en la familia: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian's Information/Información de los Padres/Tutor**

**Marital Status/Estado Civil:**  **Single/Soltera**  **Married/Casada**  **Separated/Separado**  **Divorced/Divorciada**  
 **Widowed/Viudo**  **Other/Otro**

**Is Parent/guardian of the child actively serving in the military/¿Está el padre/tutor del niño sirviendo activamente en el ejército?**  **Yes/Si**  **No/No**

**Only complete if the Mother/Guardian lives in the home/ Sólo completa si la madre vive en la casa**

**Mother/Guardian's Name/Nombre de la Madre o Guardiana:** \_\_\_\_\_

**E-mail Address/Dirección Electrónica:** \_\_\_\_\_

**Cell phone/ Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Street Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Is this address temporary because of hardship?/¿Es esta dirección temporal debido a dificultades??**  **Yes/Si**  
 **No/No**

**Where is the child sleeping at night?/¿Dónde duerme el niño en la noche?**  **The student lives with a parent or legal custodian/El estudiante vive con un padre o tutor legal**  **In a motel or hotel/ en un motel o hotel**  **In a shelter/en un refugio**  **Moving from place to place/Moviéndose de lugar a lugar**  **In a church/En una iglesia**

**Mother's Employer/Empleador de la Madre:** \_\_\_\_\_

**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Phone/ Teléfono** \_\_\_\_\_

**Number of hours worked each week/Número de horas trabajadas cada semana:** \_\_\_\_\_

**How often are you paid?/¿Con qué frecuencia se le paga?**  **Weekly/Semanal**  **Every Two Weeks/Cada Dos Semanas**  **Monthly/Mensual**  **Bi-Monthly/Quincenal**

**If you are currently not working are you seeking Employment?/¿ Si por el momento no estás trabajando, está buscando empleo?**  **Yes/Si**  **No/No**

**Are you currently in school, college, or enrolled in a GED or other training program?/¿Está actualmente en la escuela, la universidad o inscrito en un GED u otro programa de capacitación?**  **Yes/Si**  **No/No**

**If yes, list the name of the School or Program/en caso afirmativo, indique el nombre de la escuela o programa:** \_\_\_\_\_



**Only complete if the Father/Guardian lives in the home/ Solo complete si el Padre vive en la casa**

**Father/Guardian's Name/Nombre del padre o Guardian:** \_\_\_\_\_

**E-mail Address/Dirección Electrónica:** \_\_\_\_\_

**Cell Phone/ Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

**Street Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Is this address temporary because of hardship?/¿ Es esta dirección temporaria debido a dificultad?**  **Yes/Si**

**No/No**

**Where is the child sleeping at night?/¿ Donde duerme el niño por la noche?**  **The student lives with a parent or legal custodian/El estudiante vive con un padre o tutor legal**  **In a motel or hotel/ en un motel o hotel**  **In a shelter/en un refugio**  **Moving from place to place/Moviéndose de lugar a lugar**  **In a church/En una iglesia**

**Father's Employer/Empleador del Padre:** \_\_\_\_\_

**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Phone/Teléfono** \_\_\_\_\_

**Number of hours worked each week/Número de horas trabaja por semana:** \_\_\_\_\_

**How often are you paid? /¿ Cuántas veces le paga?**  **Weekly/Semanal**  **Every Two Weeks/Cada Dos Semanas**

**Monthly/Mensual**  **Bi-Monthly/Quincenal**

**If you are currently not working are you seeking Employment?/Si por el momento no está trabajando, está buscando empleo?**  **Yes/Si**  **No/No**

**Are you currently in school, college, or enrolled in a GED or other training program?/¿ Está actualmente en la escuela, la universidad o inscrito en un GED u otro programa de capacitación**  **Yes/Si**  **No/No**

**If yes, list the name of the School or Program / en caso afirmativo, indique el nombre de la escuela o programa:** \_\_\_\_\_

**You must provide the MOST RECENT pay stubs or have your employer complete a wage verification form/Debe proporcionar los talones de pago MÁS RECIENTES o hacer que su empleador complete un formulario de verificación de salario.**

**Additional Income Information (List the amounts of the following income sources that you receive. Write in \$0 if none is received)/Información de Ingresos Adicionales (Lista las cantidades de los siguientes ingresos que recibe escribe \$0 si no recibe nada.**

	Amount Per Month/Cantidad al mes	Parent/Guardian Receiving/Padre/tutor Recibe	
<b>Work First Cash Assistance (WFFA)/ Trabajo Primero</b>	\$ _____		<p><b>You must provide documentation for all additional income sources.</b> /Usted debe proporcionar documentación escrita para todos fuente adicional de ingresos.</p>
<b>Social Security Disability Income (SSI)/ Ingreso Del Seguro Social</b>	\$ _____		
<b>Social Security Administration (SSA)/del Seguro Social</b>	\$ _____		
<b>Child Support/ Soporte para el niño</b> <input type="checkbox"/> Court ordered/ Orden de Corte <input type="checkbox"/> Direct Deposit/ Depsito Directo <input type="checkbox"/> Cash/ Efectivo	\$ _____		
<b>Unemployment Benefits/Beneficios del Desempleo</b>	\$ _____		
<b>2<sup>nd</sup> Job/Segundo Trabajo</b>	\$ _____		

**Make sure to include documentation for the additional income that you receive. Failure to do so will cause your child's application to be incomplete/ Asegúrese de incluir documentación sobre los ingresos adicionales que recibe. Si no lo hace, la solicitud de su hijo estará incompleta.**

# Wilson County NC Pre-K Child Care Facilities/Instalaciones de cuidado infantil de preescolar del condado de Wilson NC

Please use number 1 for your first choice, number 2 for your second choice, 3 for your third choice, 4 for your fourth, and 5 for your fifth choice. **There is no guarantee your child will be placed at your first choice etc. Whatever site is available will be where your child is assigned.** Utilice el número 1 para su primera opción, el número 2 para su segunda opción, el 3 para su tercera opción, el 4 cuarto para su cuarta opción, el 5 para su quinta opción. No hay garantía de que su hijo sea colocado en su primera opción. El sitio que esté disponible será el lugar do de se asigne al niño. (No podemos garantizar que su niño obtendrá la primera selección. Él o ella serán asignados a la escuela que tiene cupo y que está disponible.)

**Private NC Pre-K Sites/Sitios Privados de NC Pre-K (parents that apply for a private site may be eligible for before, and after care if determined eligible through the Subsidy program)/** Los padres que solicitan un sitio privado pueden ser elegibles para cuidado antes y después si son determinados elegibles atreves del programa de subsidio.

\_\_\_\_\_ **Childcare Network #331 Address: 3424 Airport Blvd NW (No Transportation provided/No provee transportación)**  
**Operating Hours - 8:30AM - 3:00PM/horas de operación 8:30AM - 3:00PM**

\_\_\_\_\_ **Hattie Daniels Day Care Center Address: 1900 Lipscomb Road East (No Transportation provided/ No Provee transportación)** **Operating Hours - 8:00AM - 2:30PM/horas de operación 8:00AM - 2:30PM**

\_\_\_\_\_ **Kid City USA Address: 1805 Forest Hills Road West (No Transportation provided/No provee transportación)** **Operating Hours - 8:00AM - 2:30PM/horas de operación 8:00AM - 2:30PM**

## **Public Elementary School NC Pre-K/Title 1 Sites/Escuela Primaria Pública NC Pre-K/Título 1 Sitio**

\_\_\_\_\_ **John W. Jones Elementary School Address: 4028 NC HWY 42 West (No Transportation provided/No provee transportación)** **Operating Hours - 8:00AM - 2:30 PM/horas de operación 8:00AM - 2:30 PM**

\_\_\_\_\_ **Margaret Hearne Elementary School Address: 300 Gold Street East (No Transportation provided/ No provee transportación)** **Operating Hours - 8:00AM - 2:30 PM/horas de operación 8:00AM - 2:30PM**

**How did you hear about the Pre-K Program?/¿Cómo se enteró del Programa de Pre-kinder?**

**Wilson County Department of Social Services/Departamento del Servicio social del Condado de Wilson**  **Wilson County School System/Sistema escolar del condado de Wilson**  **Family or Friends/Familia o Amigos**

**Other/Otros:** \_\_\_\_\_

**For agency use only:/ Solo para uso de la agencia**

**Application Review Date:** \_\_\_\_\_

**Pre-Kindergarten School:** \_\_\_\_\_

**NC Pre-K Coordinator:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Early Childhood Specialist:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Total Income:** \_\_\_\_\_

## Parent/Guardian Acknowledgement

**NOTE: I certify that all of the given information is true and correct and that all income has been reported. I understand that this information is being given for the receipt of state funds. NC Pre-K officials may verify the information on the application. Deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state laws and I may be removed from the program. Please read carefully, initial each paragraph, sign, and date form:**

\_\_\_\_\_ The information on this form will be used in the determination of eligibility for NC Pre-K programs. I understand that I am releasing information so that my child may be considered for the NC Pre-K program. NC Pre-K staff may share and/or verify all information regarding this application.

\_\_\_\_\_ I understand that transportation to and from NC Pre-K sites is the responsibility of the family (except when a center does offer transportation for a fee which is your responsibility).

\_\_\_\_\_ I give permission for my child to receive developmental, hearing, vision, dental and/or speech and language screening and receive services if needed while attending the NC Pre-K program.

\_\_\_\_\_ I understand that my child may be photographed, and pictures may be used in the following ways: center display, center scrapbook, newspaper, TV broadcasts and/or NC Pre-K public relations. **I understand that if I do not agree with my child's picture to be taken, I must note that on the photo release for minors' section in the application.**

\_\_\_\_\_ I understand that I will be notified by Wilson County Partnership for Children in August concerning if my child's application was approved for the NC Pre-K program.

\_\_\_\_\_ I understand that there is no guarantee the child I am applying for will be placed at my first choice. I also understand whatever site is available will be where the child is assigned to.

\_\_\_\_\_ The information gathered in this application will become a part of the NC Pre-K database and used to select participants, place them in the appropriate classrooms and monitor their progress through the program.

\_\_\_\_\_ I understand Wilson NC Pre-K placements are made based on program specific factors rather than a first come, first served basis.

**I understand that I am applying for my child to enroll in the North Carolina Pre-K Program under the following conditions:**

\_\_\_\_\_ I will have the health assessment form completed within 30 days of enrollment.

\_\_\_\_\_ I understand home visits will be conducted by the preschool teacher and assistant teacher.

\_\_\_\_\_ I understand that regular attendance is very important, and children with frequent absences may be dropped from this program.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Date

## Reconocimiento De Los Padres/Tutor

**NOTA:** Certifico que toda la información dada es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se está dando para el recibo de reservas de fondos estatales. Los funcionarios de NC Pre-K pueden verificar la información en la solicitud. La tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales aplicables y puedo ser eliminado del programa. Por favor, lea detenidamente, inicial cada párrafo, firma y fecha del formulario:

\_\_\_\_\_ La información en este formulario se utilizará en la determinación de la elegibilidad para los programas de NC Pre-K. Entiendo que estoy divulgando información para que mi hijo pueda ser considerado para el programa NC Pre-K. El personal de NC Pre-K puede compartir y/o verificar toda la información relacionada con esta aplicación.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el transporte hacia y desde las localidades de NC Pre-K es responsabilidad de la familia (excepto cuando un centro ofrece transporte por una tarifa que es su responsabilidad).

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba desarrollo, de la audición, visión, dental y/o de habla y lenguaje \* tamizaje y recibir servicios si es necesario mientras asistía a la NC Pre-K programa.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi hijo puede ser fotografiado y las imágenes pueden usarse de las siguientes maneras: pantalla central, álbum de recortes central, periódico, transmisiones de televisión y / o relaciones públicas de NC Pre-K. **Yo entiendo que si no estoy de acuerdo con que mi hijo sea fotografiado, debo indicarlo en la sección de liberación de menores.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que Wilson County Partnership for Children me notificará en agosto si la solicitud de mi hijo fue aprobada para el programa NC Pre-K.

\_\_\_\_\_ Yo Entiendo que no es garantizado que mi hijo por el cual estoy aplicando sea colocado en mi primera opción. También entiendo que en cualquier sitio disponible será donde mi hijo sea asignado.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que las colocaciones de Wilson NC Pre-K están basadas en factores específicos del programa y no por el orden de llegada.

\_\_\_\_\_ La información recogida en esta aplicación se convertirá en una parte de la NC Pre-K base de datos y se utiliza para seleccionar a los participantes, ubicarlo en el lugar adecuado aulas y vigilar su progreso a través del programa.

**Yo Entiendo que estoy solicitando que mi hijo se inscriba a través del Pre-K de Carolina del Norte bajo las siguientes condiciones:**

\_\_\_\_\_ Tendré el formulario de evaluación de salud completado dentro de los 30 días posteriores a la inscripción.

\_\_\_\_\_ Entiendo que las visitas domiciliarias serán realizadas por el maestro de preescolar y el maestro asistente.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la asistencia regular es muy importante. Los niños con ausencias frecuentes pueden ser retirados de este programa.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación de niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Photo Release Form for Minors**

The Wilson County Partnership for Children has my permission to publish my or my child's photograph in the media to promote the Wilson County Partnership for Children

You may also use the photographs on the World Wide Web/Facebook/Twitter/Website etc. to promote Wilson County Partnership for Children.

Child's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Photo Release Form for Adults**

The Wilson County Partnership for Children has my permission to publish my or my child's photograph in the media to promote the Wilson County Partnership for Children.

You may also use the photographs on the World Wide Web/Facebook/Twitter/Website etc. to promote Wilson County Partnership for Children.

Name: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Forma de Liberación de foto para Menores**

La Asociación para Niños del Condado de Wilson tiene mi permiso para publicar mi fotografía o la de mi hijo en los medios de comunicación para promover la Asociación para Niños del Condado de Wilson.

También puede usar las fotografías en la World Wide Web / Facebook / Twitter / Sitio web, etc. para promover la Asociación del Condado de Wilson para los Niños

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutores: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firme del Padre/Tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Forma de Liberación de Foto para Adultos**

La Asociación para Niños del Condado de Wilson tiene mi permiso para publicar mi fotografía o la de mi hijo en los medios de comunicación para promover la Asociación para Niños del Condado de Wilson.

También puede usar las fotografías en la World Wide Web / Facebook / Twitter / Sitio web, etc. para promover la Asociación del Condado de Wilson para los Niños

Nombre: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

**You will need to attach these supporting documents to your online or paper application:**

- **COPY OF CHILD'S BIRTH CERTIFICATE**
  - If your child's birth certificate is in a language other than English, please include a copy of the child's passport along with a copy of the child's birth certificate.
- **COPY OF CHILD'S INSURANCE CARD**
  - If your child receives Medicaid you will need to submit a copy of the Medical Assistance benefits letter from Department of Social Services (DSS) and a copy of child's insurance card **(If applicable)** **OR**
  - Submit the Medicaid eligibility form from NCTracks System (Medicaid Management information form, and a copy of the child's insurance card **(If applicable)**
- **FOOD & NUTRITION SERVICES (Snap)**
  - Copy of Food Stamp or WIC card
- **DOCUMENTATION OF WILSON COUNTY RESIDENCY** **(Submit one of the following)**
  - **Current utility bill (water, electric, or gas)**
    - If parent's name is not on the utility bill or lease, **along with the bill or lease please include please include a letter from the bill payee stating that family lives with them.**
  - OR**
  - **Copy of current signed Lease**
    - Must include complete address, parent/guardian's name, parent/guardian's signature, and landlord's signature.
  - OR**
  - Public Housing letter from Housing Authority
- **ALL SOURCE OF FAMILY INCOME**
  - **Please submit the following frequencies of pay and/ or other sources of income, as well as any **Child Support, Work First Cash Assistance (WFFA), Social Security Disability (SSI), Social Security Administration (SSA), and/or Unemployment.****
    - If you get paid weekly – submit **4** consecutive pay stubs
    - If you get paid every two weeks/bi-monthly – submit **2** consecutive pay stubs
    - If you are paid monthly – submit a **1** month of paystub
    - If a paystub is not available a Wage Verification form that your supervisor must complete, or submit **2023 IRS 1040**, or a copy of all **W-2s** from **2023**
    - If you do not have any income to report, or documentation of income, please fill out the Zero Income Form **(Print on-line, or stop by our office to complete this form)**
- **Health Assessment & Shot Record**
  - **MUST** be completed within 30 days of the child's first day of school.
- **DOCUMENTATION OF LEGAL GUARDIANSHIP/KINSHIP PROVIDER, OR FOSTER PARENT (If applicable)**
- **OPTIONAL DOCUMENTATION (If applicable)**
  - Copy of child's Individual education program (**IEP**) from a public school
  - Documentation of parent's military service (include current active duty and serious injury or death resulting from military service)
  - Chronic Illness – note from medical provider indicating child's chronic illness
  - Copy of current education/developmental of education need (example: Documentation of Speech therapy)

## **Documentos Requeridos Para determinar elegibilidad al programa**

### **COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

- Si la Copia de nacimiento de tu hijo es en otro lenguaje diferente al Ingles, porfavor incluye una copia del pasaporte junto con el Certificado de nacimiento.

### **Copia de la Tarjeta de Aseguranza**

- Si su hijo recibe medicaid deberá presentar una copia de la Carta de beneficios de Asistencia Medica del Departamento de Servicios Sociales (DSS) y una copia de la tarjeta del niño (**si le aplica**)

### **O**

- Submitir el formulario de elegibilidad de Medicaid del sistema de NCTracks (Formulario de información de Administracion de Medicaid y una copia de la tarjeta de seguro del niño (**si aplica**)).

### **COMIDA & SERVICIOS DE NUTRICION (Snap)**

- Copia de la tarjeta de Estampillas o Tarjeta WIC.

### **DOCUMETACION DE RESIDENCIA DEL CONDADO DE WILSON** (Submitir uno de

los siguientes. Factura de las utilidades. (Agua,electricidad,gas)

- Si el nombre del padre no está en la factura o contrato de arrendamiento, junto con la factura o contrato de arrendamiento, incluya una Carta del que esté a nombre suyo las facturas indicando que la familia vive en esa direccion.

### **O**

- Copia del contrato de arrendamiento vigente y firmado  
Debe incluir, la direccion completa, el nombre del padre/Tutor, la firma del padre/Tutor, y la firma del propietario.

### **O**

- Carta de Vivienda Publica de la Autoridad de Vivienda del Condado de Wilson

### **TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS FAMILIARES**

- presente una de las siguientes frecuencias de pago y/u otras fuentes de ingresos, asi como cualquier manutención infantil, jubilacion, Work First, SSI, SSA, y/o Desempleo.
  - Si te pagan semanal, envíe **4** recibos de pago consecutivos
  - Si te pagan cada **2** semanas o dos veces por mes, envia dos recibos de pago consecutivos.
  - Si le pagan mensualmente envíe un recibo de pago de un mes
  - Si no hay recibo de pago disponible, está un formulario de Verificacion de Salarios que su supervisor debe completar, o submitir la forma **1040 del IRS** año **2023**, o una copia de todos los **W-2** de **2023**.



- Si no tiene ningun ingreso que declarar **O** Documentación de ingresos complete el formulario de Cero ingresos (imprima en linea o para en nuestra oficina para completar esta forma)

### **EVALUACIÓN DE SALUD Y REGISTRO DE VACUNAS**

- Debe ser completada dentro de 30 dias apartir del primer dia de escuela del niño

### **DOCUMETACION DEL PROVEEDOR DE TUTELA LEGAL/**

#### **PARENTESCO O**

- Padre Adoptivo (**Si corresponde**)

### **DOCUMETACION OPCIONAL (Si corresponde)**

- Copia del programa de Educación Individual (IEP) Del niño de una Escuela publica

Documentacio del Servicio Militar de Los Padres (incluya el servicio activo actual y las lesions Graves o la muerte como resultado del servicio militar

Enfermedades Cronicas- Notas de Proveedor Medico indicando las enfermedades cronicas de su hijo.

Copia de la necesidad actual deveduacion/desarrollo de la educacion (ejemplo: Documentacion de terapia de language).



## NORTH CAROLINA PRE-K HEALTH ASSESSMENT TRANSMITTAL FORM

This form and the information on this form will be maintained on file in the school / child care center attended by the student named herein and is confidential and not a public record.

### PARENT - COMPLETE THIS SECTION

Child's Name: \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle) \_\_\_\_\_ Gender:  M  F

Birthdate (M/D/YYYY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ School Name: **Wilson County NC Pre-K Program**

Hispanic or Latino Origin:  Yes  No Race:  White  Black  Asian  Hawaiian/Pacific Islander  Native American/Alaskan  Unknown  Other: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian Name: \_\_\_\_\_

Telephone Number(s): Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Work: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Health Concerns to be shared with authorized persons (school administrators, teachers, and other school personnel who require such information to perform their assigned duties):

### HEALTH CARE PROVIDER - COMPLETE NEXT TWO (2) SECTIONS

#### NC Pre-K Required Screenings

**Vision screening information:**  
 Pass  Fail  Uncooperative  
 Referred: \_\_\_\_\_  
 Rescreen in \_\_\_\_ weeks / \_\_\_\_ months  
 Concerns related to student's vision:

**Hearing screening information:**  
 Pass  Fail  Uncooperative  
 Referred: \_\_\_\_\_  
 Rescreen in \_\_\_\_ weeks / \_\_\_\_ months  
 Concerns related to student's hearing:

**Dental Screening Information:**  
 No Obvious Problems  
 Possible problem areas, check at next dental visit  
 Dental attention is needed as soon as possible  
 Referred to dentist  
 Already under dentist's care

Developmental Screening: Date of Screening: \_\_\_\_\_

Screening Tool Used:  ASQ  PEDS  PEDS-DM  SWYC  OTHER: \_\_\_\_\_

Within Normal Limits  
 Concerns Identified (no referral)  
 Referral made to : \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

Doctor's Notes:

**Areas of concern:**  
 Speech  Gross Motor  Fine Motor  
 Overall Development  Social / Emotional  
 Other: \_\_\_\_\_

Attach screening and referral (if any)



**Medical History and Recommendations**

*Medications prescribed for student:*

*Students allergies - type and response required:*

*Special diet instructions:*

*Special health care needs of child:*

*Health-related recommendations to enhance the student's school performance:*

*Recommendations, concerns, or needs related to student's health / development that require school follow-up:*

*Additional health care provider comments:*

**Please attach all applicable school health forms:**

- Immunization record
- School medication authorization form
- Diabetes care plan
- Asthma action plan
- Health care plans for other conditions

**Health Care Professional's Certification**

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screenings for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

**Date of health assessment:** \_\_\_\_\_ Well child check for  3 yr old  4 yr old  5 yr old Next apt: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date (m/d/yyyy):** \_\_\_\_\_

**Practice/Clinic Name and address:**

**Provider Stamp Here:**

<b>Practice/Clinic City:</b>	<b>State:</b>	<b>Zip:</b>	<b>Phone:</b>	<b>Fax:</b>
------------------------------	---------------	-------------	---------------	-------------