



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 2026-2027

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, John W. Jones Elementary School, Margaret Hearne Elementary School, or Childcare Network #331
- Or apply online at 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, 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 2026-2027

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 **Titulo 1. NC Pre-K/Titulo 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, John W. Jones Escuela Elementaria, Margaret Hearne Escuela Elementaria, o Childcare Network #331
- O aplica en línea en 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, 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 2026-2027

This application is for children who will be four years old on or before August 31, 2026.

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 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 2026-2027**

**Esta aplicación es para niños que tendrán cuatro años de edad antes
o en
Agosto 31, 2026.**

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 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 2026-2027

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-deliver 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 también tienen la opción de entregarlas en mano en las locaciones de NC Pre-K privadas o públicas.

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 in? /¿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 (selecione): ☐ 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
- ☐ 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 _____

Relationship/Parentesco _____

Phone/Teléfono _____

Name/Nombre _____

Relationship/Parentesco _____

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 _____ **to** _____

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	
Child Support/ Soporte para el niño ☐ Court ordered/ Orden de Corte ☐ Direct Deposit/ Depsito Directo ☐ Cash/ Efectivo	\$ _____		You must provide documentation for all additional income sources. /Usted debe proporcionar documentación escrita para todos fuente adicional de ingresos.
Social Security Disability Income (SSI)/ Ingreso Del Seguro Social	\$ _____		
Social Security Administration (SSA)/del Seguro Social	\$ _____		
2nd Job/Segundo Trabajo	\$ _____		
Unemployment Benefits/Beneficios del Desempleo	\$ _____		
Work First Cash Assistance (WFFA)/ Trabajo Primero	\$ _____		

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**

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 NC 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: _____

NC Pre-K Coordinator: _____ **Date:** _____

WCFCPC Staff: _____ **Date:** _____

Total Income: _____

Parent/Guardian Acknowledgement

NOTE: I certify that all the information given 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 program. 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 being taken, I must note that on the photo release for minors' section (on page 12).**

_____ 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 the child's first day of school.

_____ I understand home visitations will be conducted by the pre-kindergarten teacher and assistant teacher.

_____ I understand that regular attendance is very important, and children with frequent absences may be dropped from the NC Pre-K program due to attendance.

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 programa 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 opcion. Tambien entiendo que en cualquier sitio disponible será donde mi hijo sea asignado.

_____ Yo entiendo que las colocaciones de Wilson NC Pre-K estan basados en factores especificos 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/Instagram/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 photographs of me or my child in the media to promote the Wilson County Partnership for Children.

You may also use the photographs on the World Wide Web/Facebook/Instagram/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 / Instagram / 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 / Instagram / 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**)

• **FOOD & NUTRITION SERVICES (Snap)**

- Copy of Food Stamp **Monthly Benefit Letter** or current WIC **Shopping List Remaining Benefits**

• **DOCUMENTATION OF WILSON COUNTY RESIDENCY** (**Submit one of the following**)

- **Current utility bill (water, electricity, or gas)**
 - If parent's name is not on the utility bill or lease, **along with the bill or lease and include a letter from the bill payee stating that family lives with them.**

OR

- **Copy of current signed Lease Agreement**

- 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 Monthly Unemployment Benefits Letter.**
 - 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 pay stub is not available a Wage Verification form that your supervisor must complete, or submit **2025 IRS 1040**, or a copy of all **W-2s** from **2025**
 - If you do not have any income to report, or documentation of income, please fill out the No Documentation of Income Verification 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. **If your child's physician has not completed this form go ahead and turn in the application without the medical forms and turn the medical forms into our office once, they are completed by your child's physician.**

• **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 **2025**, o una copia de todos los **W-2** de **2025**.

- 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 deveducacion/desarrollo de la educacion (ejemplo: Documentacion de terapia de language).