# TRANSYLVANIA COUNTY SCHOOLS

**"Teaching Everyone Takes Everyone"**

**Audrey Reneau, Director**
Federal Programs/Early Learning/AIG

Morris Education Center
225 Rosenwald Lane
Brevard, NC 28712
(828)-884-6173
areneau@tcsnc.org

Queridos padres,

Gracias por su interés en nuestro programa preescolar. El programa preescolar de Transylvania County Schools tiene cuatro ubicaciones: Brevard Elementary, Pisgah Forest Elementary, Rosman Elementary, y T.C. Henderson Elementary.

Los niños reciben servicios si tienen tres o cuatro años de edad antes del 31 de agosto de 2022.

Junto con el formulario de admisión de niños completado y el formulario de permiso, debemos tener una copia de los siguientes artículos para que su hijo sea considerado para la inscripción:

- Certificado oficial de nacimiento
- Papeles de adopción u órdenes de custodia, si corresponde
- Cartilla de vacunación
- Comprobante de ingresos familiares (copia de la declaración de impuestos de 2021 o formularios W2)
- Evaluación de la salud / examen físico
- Prueba de residencia en el condado de Transilvania (una factura de servicios públicos reciente con una dirección, un contrato de alquiler o de alquiler, un impuesto a la propiedad residencial u otro documento residencial legal).

* También aceptaremos una declaración notariada de un propietario, miembro de la familia u otra persona con quien pueda residir, junto con una copia de su comprobante de residencia.
*Los artículos anteriores son responsabilidad del solicitante y las citas no se pueden programar hasta que se devuelvan todos.*

Se revisarán los formularios de admisión de niños y se lo contactará para una cita de inscripción. En ese momento, se pueden solicitar documentos adicionales.

Las solicitudes completadas deben ser devueltas a:

Transylvania County Schools
225 Rosenwald Lane
Brevard, NC 28712

Sinceramente

*Audrey Reneau*

Audrey Reneau, Director

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre nuestro programa o el proceso de inscripción al (828) 884-6173.

# Índice del manual para padres


1. **Números de teléfono importantes**
2. **Filosofía del preescolar**
3. **Plan de estudios y evaluaciones**
4. **Procedimientos de seguridad y de emergencia**
5. **Pautas de disciplina en el aula**
6. **Síndrome del Bebé Sacudido/Traumatismo Craneal Abusivo (lado 1)**
7. **Síndrome del Bebé Sacudido/Traumatismo Craneal Abusivo (lado 2)**
8. **Participación (asistencia, participación de los padres)**
9. **Comidas y meriendas**
10. **Limpieza**
11. **Servicios familiares**
12. **Pago de la matrícula**
13. **Salud y enfermedad**
14. **Medicación**
15. **Acuerdo de preescolar**

**Recursos**

- **Leyes y normas de cuidado infantil de Carolina del Norte**
- **Seguridad de los peatones y los autobuses**
- **Alimentación saludable**
- **Recursos comunitarios**
- **Sobre la intoxicación por plomo**

**Información general**

- **Folleto sobre la denuncia de los malos tratos y la negligencia infantil**
- **Folleto sobre el Síndrome del Bebé Sacudido/Traumatismo Craneal Abusivo**
- **Información sobre asientos y cinturones de seguridad para niños**

# Números de teléfono importantes

**Para ponerse en contacto con su profesor, llame a la oficina de su escuela.**

- Escuela Primaria de Brevard: (828)884-2001
- Escuela Primaria de Pisgah Forest: (828)877-4481
- Escuela Primaria Rosman: (828)862-4431
- Escuela Primaria TC Henderson: (828) 862-4463

La maestra puede devolverle la llamada antes de la escuela, durante el tiempo de descanso o después de la escuela. Si necesita ponerse en contacto con la maestra inmediatamente, dígaselo al personal de la oficina y ellos le harán llegar un mensaje.

**Personal de preescolar:**
Christine Brown, Coordinadora de programas preescolares de TCS
Audrey Reneau, Directora de Programas Federales, Preescolar y AIG

Las Escuelas del Condado de Transilvania tienen 4 centros preescolares de los cuales aceptan niños de 3 a 5 años de edad. El Centro de Aprendizaje Beehive en la Escuela Primaria Brevard, The Cubhouse en Rosman Elementary The Ranger Station en Pisgah Forest Elementary y The Cubs' Den en TC Henderson. La información y los formularios de inscripción están disponibles en cada sitio y en el sitio web. Los horarios de apertura son los siguientes:

De lunes a viernes:
Los centros están abiertos de 7:30 am a 4:30 pm
El horario de DD Slot es de 7:30 a 2:30
El horario de NC Pre K (preescolar) es de 7:30 a 2:30
El horario de pago privado es de 7:30 a 4:30 sin cargos adicionales

Si los niños de DD slot o NC Pre K necesitan cuidado después de sus horas de programa, hasta las 4:30, esto se consideraría servicios integrales y se cobrará una cuota de $200 al mes.

*Para solicitar la consideración de NC Pre K y espacios o colocación de lista de espera, por favor llame a Audrey Reneau en 828-884-6173 o uno de los tres lugares de Pre K.

# Filosofía preescolar del condado de Transilvania

En asociación con las familias y las comunidades, el objetivo del Programa de Pre-Kindergarten de las Escuelas del Condado de Transilvania es proporcionar a los niños una experiencia de alta calidad, apropiada para el desarrollo de la primera infancia que conduce a un comienzo educativo positivo.  Los niños son colocados en un aula mixta por calificar para el Programa de Niños Excepcionales, NC Pre K o el pago de la matrícula.

**Servicios comprensivos**

Nuestro programa preescolar ofrece servicios integrales de apoyo familiar. Nuestro personal incluye personas con experiencia en servicios sociales, salud y desarrollo infantil. Hay un intérprete disponible para ayudar a nuestras familias de habla hispana. Algunos de los servicios que se ofrecen son:

- Visitas al hogar y conferencias
- Actividades de participación familiar
- Referencias a agencias de la comunidad para ayudar con las necesidades individuales
- Asistencia de transporte para que los padres asistan a las reuniones si no pueden hacerlo de otra manera
- Exámenes de desarrollo
- Exámenes de vista y audición
- Exámenes dentales
- Apoyo a los servicios médicos
- Transición al Kindergarten

En cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales, la Junta de Educación del Condado de Transilvania administra todos los programas de educación, las actividades de empleo y las admisiones sin discriminación contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o información genética.

# Plan de estudios y evaluaciones

**El plan de estudios HighScope es un enfoque educativo integral que ayuda a los niños a progresar hacia el cumplimiento de los objetivos de preparación para la escuela. Esto se consigue apoyando a los niños para que puedan:**

- Aprender a través de la participación activa con personas, materiales, eventos e ideas.
- Llegar a ser independientes, responsables y seguros de sí mismos; preparados para la escuela y para la vida.
- Aprender a planificar muchas de sus propias actividades, llevarlas a cabo y hablar con otros sobre lo que han hecho y lo que han aprendido.
- Adquirir conocimientos y habilidades en importantes áreas académicas, sociales y físicas.

**Evaluación y planificación**

- La evaluación de los niños es un proceso continuo.
- El maestro y el ayudante del maestro recopilan información sobre los niños observándolos, hablando e interactuando con ellos y tomando notas diarias sobre las habilidades y los conocimientos de los niños basándose en lo que ven y oyen.
- Se pide a los padres que compartan información sobre sus hijos de forma continua a través de visitas al hogar, conferencias y comunicación informal.
- La información de la evaluación se organiza utilizando TSGold, un programa de evaluación en línea. Con esta información y las aportaciones de los padres, los maestros pueden apoyar y aprovechar los intereses y puntos fuertes de los niños.
- Utilizando toda la información recopilada, el profesor planifica las actividades diarias para los niños.

**Evaluaciones:**

Se le notificará cualquier preocupación. El personal de Servicios Familiares está disponible para ayudar con las preocupaciones de seguimiento. Las herramientas de detección incluyen:

- Dental (dentro de los 30 días para aquellos que no han visto a un dentista dentro de los seis meses)
- Visión y audición (dentro de los 30 días si no se hizo en la evaluación de salud)
- Altura y peso (dentro de los 30 días si no se hizo en la evaluación de salud)
- Desarrollo - DIAL -4 (dentro de los 30 días para todos los niños)

# Procedimientos de seguridad y emergencia

**Información de emergencia**
Los padres deben completar el formulario de información de permiso/emergencia antes del primer día de clases. Esta información es necesaria en caso de una emergencia que involucre a su hijo. ***Esta información debe ser actualizada inmediatamente si se producen cambios.***

**Procedimientos de llegada y salida seguros**

- A la llegada y salida, un padre o tutor debe acompañar a todos los niños a la entrada y salida del aula.
- Los padres deben firmar la entrada y salida de los niños durante el día, dejando un número de contacto cada mañana.
- Los niños nunca deben quedar desatendidos.
- Por favor, aparque en las zonas designadas específicas de su escuela. No pase por delante de un autobús escolar parado; esto incluye a los autobuses que están en la zona de aparcamiento cargando y descargando a los niños.

**Salida de estudiantes de la escuela**

- Los estudiantes no serán entregados a ninguna persona que no esté en su lista de contactos.
- En caso de divorcio o separación, el a estudiante puede ser entregado a cualquiera de los padres, a menos que la escuela haya recibido una copia de una orden judicial o un acuerdo que especifique lo contrario.
- En caso de emergencia, los padres deben hacer arreglos para que un amigo/pariente diferente recoja a su hijo ese día. A la persona designada por los padres se le pedirá que muestre una identificación con foto.

**Cierre de la escuela en caso de emergencia**
El Superintendente o la persona designada es responsable de determinar la necesidad de cerrar las escuelas debido a las inclemencias del tiempo o a situaciones de emergencia. La información sobre el cierre de las escuelas se puede obtener visitando nuestro sitio web www.tcsnc.org. Se utiliza un sistema de notificación telefónica para los cierres y mensajes de emergencia, junto con Facebook, Twitter y los medios de comunicación. Si el sistema escolar está cerrado, las clases de preescolar también lo están.

**Juego al aire libre y "si el tiempo lo permite"**

Es importante que los niños pasen tiempo al aire libre todos los días, si el tiempo lo permite. "Si el tiempo lo permite" significa casi todos los días, a menos que haya precipitaciones activas, condiciones de calor o frío extremos, o anuncios públicos que aconsejen a la gente permanecer en el interior debido a las condiciones meteorológicas, como los altos niveles de contaminación, el frío o el calor extremos que podrían causar problemas de salud.

**Procedimientos para notificar sospechas de maltrato**

- Los casos de sospecha de maltrato infantil en las guarderías se comunican a la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana (DCDEE) llamando al 1-800-859-0829 o enviando un correo electrónico a webmasterdcd@dhhs.nc.gov.
- Los casos de sospecha de maltrato infantil en el hogar se comunican al Departamento de Servicios Sociales del condado. Número de teléfono: (828) 884-3174.

**Plan de evacuación de emergencia**

Cada centro tiene un plan de evacuación de emergencia específico con un mapa. Por favor, pregunte al maestro de su hijo para obtener esta información según sea necesario o esté interesado.

## ¿Qué tengo que llevar para mi hijo?

- **¡Todos los niños necesitarán una muda de ropa!**

- Si su hijo aún no está entrenado para ir al baño, tendrá que proporcionar a la escuela pañales y toallitas húmedas o pull ups según corresponda.

- Si su hijo necesita una dieta especial, es posible que tenga que proporcionarle lo que necesite: por ejemplo, leche de almendras en lugar de leche normal, bocadillos sin gluten, etc. . Asegúrese de hablar con el profesor de su hijo sobre sus necesidades individuales.

- Es una buena idea para tener un segundo par de zapatos y calcetines para su hijo en la escuela.

- No permita que su hijo lleve juguetes a la escuela. Esto puede causar dificultades con otros niños que quieren compartir el juguete especial de su hijo y causar sentimientos duros. Gracias por su comprensión.

**Programa preescolar de las escuelas del Condado Transylvania**

# Política de disciplina y manejo del comportamiento

Nuestro programa cree que los métodos más efectivos de manejo del comportamiento son el elogio y el refuerzo positivo. Los niños desarrollan un buen concepto de sí mismos, habilidades para resolver problemas y autodisciplina cuando reciben interacciones positivas, no violentas y comprensivas de los adultos en sus vidas. Porque creemos que así es como los niños aprenden mejor, practicaremos las siguientes estrategias de disciplina y manejo del comportamiento:

**Nosotros:**

1. Elogiamos, recompensamos y alentamos a los niños.
2. Razonamos y ponemos límites a los niños.
3. Modelamos el comportamiento apropiado para los niños.
4. Modificamos el ambiente de la clase para prevenir problemas antes de que ocurran.
5. Escuchamos a los niños.
6. Proporcionamos a los niños alternativas a los comportamientos inadecuados.
7. Le damos a los niños las consecuencias naturales y lógicas de sus comportamientos.
8. Tratamos a los niños como personas y respetamos sus necesidades, deseos y sentimientos.
9. Ignoramos los comportamientos inadecuados menores.
10. Explicamos las cosas a los niños a su nivel.
11. Utilizamos ocasionalmente "un tiempo fuera" cortos y supervisados.
12. Seguimos siendo coherente en nuestras estrategias de manejo del comportamiento.
13. Utilizamos técnicas efectivas de orientación y manejo de la conducta que se centran en el desarrollo de los niños.

**Nosotros:**

1. NO pegamos, sacudimos, mordemos, pellizcamos, empujamos, tiramos, abofeteamos o castigamos físicamente a los niños.
2. NO nos burlamos, ni gritamos, ni amenazamos, ni hacemos comentarios sarcásticos, ni utilizamos palabras malsonantes, ni abusamos verbalmente de los niños.
3. NO avergonzamos ni castigamos a los niños cuando tengan accidentes en el baño.
4. NO negamos la comida, el descanso o el tiempo al aire libre como castigo.
5. NO relacionamos la disciplina con la alimentación, el descanso, el aseo o el sueño.
6. NO dejamos a los niños solos o sin vigilancia
7. NO colocamos a los niños en habitaciones, armarios o cajas cerradas como castigo.
8. NO permitimos que los niños sean disciplinados por otros niños.
9. NO criticamos, burlamos o menospreciamos a los padres, familias o grupos étnicos de los niños.

**"Tiempo fuera" - El tiempo fuera se define como la retirada de un niño de una situación debido a su mal comportamiento durante un corto período de tiempo (1 minuto por año de edad) cuando el niño no ha respondido a otras estrategias de manejo del comportamiento. El espacio de tiempo fuera se encuentra alejado de la actividad del aula pero a la vista del maestro. Durante el tiempo fuera, el niño tiene tiempo para pensar en su mal comportamiento. Antes de volver a jugar, el maestro habla brevemente del**

.

**Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido y del Traumatismo Craneal Abusivo**
**Escuelas del Condado Transylvania**

**Declaración de creencias**
Nosotros, en las Escuelas del Condado de Transilvania, creemos que prevenir, reconocer, responder y reportar el Síndrome del Bebé Sacudido y el Trauma Craneal Abusivo (SBS/AHT) es una función importante para mantener a los niños seguros, proteger su desarrollo saludable, proporcionar cuidado infantil de calidad y educar a las familias.

**Antecedentes**
El SBS/AHT es el nombre dado a una forma de maltrato físico infantil que se produce cuando un bebé o un niño pequeño es sacudido violentamente y/o hay un traumatismo en la cabeza. Las sacudidas pueden durar sólo unos segundos, pero pueden provocar lesiones graves o la muerte. De acuerdo con la Regla de Cuidado Infantil de Carolina del Norte 10A NCAC 09 .0608, cada establecimiento de cuidado infantil con licencia para cuidar a niños de hasta cinco años de edad deberá desarrollar y adoptar una política para prevenir el SBS/AHT.

**Procedimientos / Prácticas**
**Reconocer:**
- Se observa a los niños para ver si hay signos de traumatismo craneal abusivo, como irritabilidad y/o llanto agudo, dificultad para mantenerse despierto/letargo o pérdida de conciencia, dificultad para respirar, incapacidad para levantar la cabeza, convulsiones, falta de apetito, vómitos, moretones, mala alimentación/succión, ausencia de sonrisa o vocalización, incapacidad para seguir los ojos y/o disminución del tono muscular. Se pueden encontrar hematomas en la parte superior de los brazos, en la caja torácica o en la cabeza como resultado de un agarre o de un golpe en la cabeza.

**Responder a**:
- Si se sospecha de SBS / ABT, el personal deberá
    - llamar al 911 inmediatamente después de sospechar de SBS / AHT e informar al director.
    - Llamar a los padres / tutores.
    - Si el niño ha dejado de respirar, el personal capacitado comenzará la RCP pediátrica.

**Estrategias de prevención para ayudar al personal a hacer frente a un niño que llora, se inquieta o está angustiado**

El personal determina primero si el niño tiene alguna necesidad física, como hambre, cansancio, enfermedad o necesidad de cambio de pañales. Si no se identifica ninguna necesidad física, el personal intentará una o más de las siguientes estrategias:

- Mecer al niño, sostenerlo cerca o caminar con él.
- Ponerse de pie, sostener al niño cerca y doblar repetidamente las rodillas.
- Cantar o hablar al niño con una voz tranquilizadora.
- Frotar o acariciar suavemente la espalda, el pecho o la barriga del niño.
- Poner música o ruido blanco.

Además, el centro:

- Permite que el personal que siente que puede perder el control tenga un descanso breve, pero relativamente inmediato, de los niños.
- Ofrece apoyo cuando los padres/tutores intentan calmar a un niño que llora y anima a los padres a tomarse un descanso para calmarse si es necesario.

**Comportamientos prohibidos**

Los comportamientos prohibidos incluyen (pero no se limitan a):

- Sacudir a un niño
- Lanzar a un niño al aire o a la cuna, la silla o el asiento del coche
- Empujar al niño contra las paredes, las puertas o los muebles

**Recursos**

- Los padres pueden solicitar una lista de recursos impresos y de Internet

**Aplicación**

Esta política se aplica a los niños de hasta cinco años de edad y a sus familias, a los operadores, a los educadores tempranos, a los proveedores sustitutos y a los proveedores no compensados.

# Participación

**Política de asistencia**

- El programa preescolar es un programa de tiempo completo y se espera que los niños asistan los mismos días que los grados K a 5.
- Si su hijo va a estar ausente o llegar tarde, por favor póngase en contacto con el maestro antes de las 8:30 am.
- Si un niño está inesperadamente ausente y el maestro no ha escuchado de los padres dentro de una hora de la hora de inicio de la escuela, el maestro debe intentar contactar a los padres para asegurarse de que el niño está bien.
- Si un niño está constantemente ausente o llega tarde, el profesor y/o el coordinador del programa se pondrán en contacto con la familia para discutir los problemas que pueden estar causando que el niño llegue tarde a la escuela y ayudar en lo que sea necesario.
- Los niños que no asisten con regularidad o que llegan constantemente tarde pueden ser expulsados del programa para que podamos atender a los niños de nuestra lista de espera.

**Procedimientos de visita previa a la inscripción**

- Para programar una visita para ver el aula, llame a la escuela que desea visitar (el número de cada centro se encuentra en la página 2 del manual). Se invita a los padres a asistir a la noche de "Conozca al maestra" en cada centro antes de que comiencen las clases en otoño.

**Oportunidades para la participación de los padres**

- Boletines mensuales
- Las visitas al hogar serán programadas por su maestro dos veces durante el año escolar. También se programarán conferencias dos veces al año. Por favor llame al maestro de su hijo si necesita una conferencia en cualquier momento.
- Visitas de los padres al aula para participar en las actividades del aula.
- Educación de los padres a través de eventos especiales, boletines, reuniones informales
- Actividades divertidas para padres e hijos a lo largo del año.
- Se anima a los padres a ser voluntarios en el aula de su hijo y/o en las excursiones. Consulte con el profesor de su hijo sobre la solicitud de voluntariado.
- **Nuevo Requisito**: Pedimos que todos los padres se registren en Ready Rosie. Esto es unprograma que involucrará a su hijo en la ampliación de las actividades de aprendizaje más allá delsalón de clases.

# Comidas y meriendas

**Comidas servidas en la escuela:**
Se sirve el desayuno, el almuerzo y una merienda. Las comidas deben cumplir con los requisitos del USDA para los niños de preescolar.

**Almuerzo desde casa:**
Algunas familias optan por enviar el almuerzo. Los almuerzos de los estudiantes serán complementados si no se cumplen los requisitos del USDA para los niños en edad preescolar.

**Formulario de exclusión de nutrición**

- Si un padre no quiere que el programa de Pre-K complemente la comida de su hijo con la comida de la escuela cuando los requisitos de la comida del USDA no se cumplen, deben firmar un "f**ormulario de exclusión**".
- En este caso el niño no recibiría ninguna comida escolar. Los padres deben enviar alimentos y bebidas para el desayuno, el almuerzo y la merienda todos los días.
- Si los padres firman el "formulario de exclusión" y no envían comida o bebida para la comida o la merienda en un día determinado, entonces al niño se le servirá la comida de la escuela.

**Otros alimentos Los**

- Los alimentos y bebidas de escaso o nulo valor nutritivo que se sirvan como merienda, como los dulces y las bebidas de frutas, sólo estarán disponibles en ocasiones especiales.
- Los alimentos que se traigan a la escuela y que vayan a ser compartidos por todos los niños deben ser preparados comercialmente. Por favor, hable con el maestro de su hijo antes de traer golosinas para sus compañeros de clase.

**Comidas al estilo familiar**
Las comidas que se sirven al estilo familiar tienen por objeto fomentar la socialización y animar a los niños a probar nuevos alimentos mientras comen con sus compañeros. Por ello, se anima a las familias de preescolar a que sus hijos coman la comida que se sirve en la escuela.

**Necesidades dietéticas especiales**
El médico de su hijo debe rellenar un formulario de declaración médica si su hijo tiene necesidades nutricionales especiales debido a una alergia alimentaria o a cualquier otra condición médica. Véase el formulario adjunto.

# Limpieza

Cada escuela tiene un personal de limpieza que limpia nuestras aulas a diario.  Los maestros principales y los asistentes también son responsables de la limpieza durante el transcurso del día. Si tiene preguntas o necesidades específicas en esta área, por favor, póngase en contacto con el maestro de su hijo o con el director de la escuela para discutirlo - ¡estamos aquí para usted!

# Servicios para la familia

El personal de preescolar y los profesores están disponibles durante todo el año para ayudar a las familias con cualquier necesidad u objetivo que puedan tener.

**Servicios disponibles**

- El personal está capacitado para identificar una situación de crisis y responder en consecuencia. El personal apoyará a la familia durante los periodos de crisis a través de contactos telefónicos y/o presenciales según sea necesario, al tiempo que se fomenta la autosuficiencia y la autonomía.

- Se educará a los padres, según sea necesario, sobre los programas de asesoramiento relativos a cuestiones de salud mental, como los programas de riesgo, las organizaciones de apoyo, los programas de tratamiento de abuso de sustancias y los recursos de violencia doméstica. La educación puede proporcionarse en las reuniones de padres, en el contacto individual con los padres, en la distribución de folletos y/o en la publicación en el tablón de anuncios de los padres.

- El personal proporcionará a los padres información sobre servicios de empleo y educación continua, como clases de GED/ Inglés como otra lengua e inscripción en la universidad, previa solicitud.

- Se animará a los padres a que participen en los cursos de formación ofrecidos por el personal del centro preescolar y otras agencias de la comunidad para que adquieran habilidades laborales beneficiosas.

- El personal animará a los padres a participar en los Comités de Padres y otros grupos de la comunidad.

- ¿Tiene alguna preocupación? Póngase en contacto con el maestro de su hijo para solicitar una reunión. Después de reunirse con el maestro de su hijo, si sigue teniendo preocupaciones, por favor llame a Audrey Reneau al (828)884-6173. Si cree que necesita presentar una queja formal, por favor, póngase en contacto con Audrey Reneau en el número anterior. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de la siguiente manera

  Llame a la División al (800) 859-0829 (sólo en el Estado) o al (919) 814-6300. Pida hablar con alguien de la Unidad de Admisión (las llamadas pueden ser anónimas).

*Nota: La División no tiene autoridad sobre áreas como las políticas operativas sobre el pago, las horas o los días de funcionamiento, si un programa decide no administrar medicamentos, o las políticas de inscripción o terminación. Si tiene alguna duda sobre las políticas operativas, hable con el operador del centro de cuidado infantil.*

# Escuelas del condado de Transylvania
# Procedimientos de la matrícula preescolar

La matrícula es de $ 600 por mes para el año escolar de 10 meses. Cada mes se enviará por correo un estado de cuenta como recordatorio del pago debido. El pago vence el primero del mes con un período de gracia de 10 días.
Las tarifas mensuales siguen siendo las mismas independientemente de las vacaciones escolares, los cierres de emergencia, las inclemencias del tiempo, los planes familiares o las enfermedades breves que sacan al niño de la escuela.

***Si el pago no se recibe antes del día 10 del mes, se cobrará un 5% de recargo por cada mes de retraso. Los niños pueden ser expulsados del programa por falta de pago.***

Envíe los pagos por correo a
TCS Preschool Programs
Attn: Micki Guinn
225 Rosenwald Lane
Brevard, NC 28712

También puede hacer los pagos a la secretaria de la escuela. Se proporcionará un recibo de pago en el momento del pago.

*¡¡ATENCIÓN ESCRITORES DE CHEQUES!! Con gusto aceptamos su cheque. Cuando usted proporciona un cheque como pago, nos autoriza a utilizar la información de ese cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos por única vez desde su cuenta, o para procesar el pago como una transacción con cheque. Usted nos autoriza a cobrar una tarifa a través de la transferencia electrónica de fondos de su cuenta si su pago es devuelto sin pagar. Se cobrará una tarifa de 25 dólares por todos los cheques devueltos.*

*Todos los cheques deben incluir:*

- *Número de licencia de conducir*
- *Nombre completo*
- *Dirección*
- *Número de teléfono*
- *Nombre del niño*

Si su situación financiera ha cambiado desde que se inscribió en el programa, por favor, póngase en contacto con la oficina del preescolar al (828) 884-6173.

# Desarrollo del personal

A lo largo del año, el profesor de su hijo recibirá formación sobre salud y seguridad, como NC Foundations of Learning, y otros temas.  ¿Se pregunta qué estamos aprendiendo estos días? Pregunte al maestro de su hijo para obtener más información.

# Salud y enfermedad

**Cuidado del niño sano**
El formulario de salud debe ser completado y entregado antes del primer día de clases. Se espera que los niños en edad preescolar reciban un informe de las revisiones anuales de bienestar infantil.

**Problemas de salud**
Por favor, informe al personal del preescolar o a la maestra sobre problemas de salud como asma, diabetes o reacciones alérgicas graves.

**Política de enfermedades**
Si los síntomas de enfermedad ocurren después de la llegada de un niño a la escuela, el niño debe ser separado de los otros niños y los padres serán notificados de la condición del niño.

Los niños con cualquiera de los siguientes síntomas deben ser excluidos de la escuela.
(Manual de Cuidado Infantil de Carolina del Norte)

- Temperatura de más de 100 grados **(el niño no podrá regresar hasta que no tenga fiebre sin medicación durante 24 horas)**
- Dos o más episodios de vómitos en un período de doce horas
- Más de dos deposiciones por encima del patrón normal del niño y la diarrea no está contenida por un pañal o cuando los niños entrenados para ir al baño están teniendo accidentes
- Las escuelas del condado de Transilvania tienen una política de no-venganza con respecto a los piojos. Si se determina que su hijo tiene piojos, debe ser recogido inmediatamente y no puede regresar sin una nota del Departamento de Salud del Condado de Transilvania indicando que se ha administrado el tratamiento.
- Faringitis estreptocócica, hasta 12 horas después de iniciado el tratamiento
- Sarna
- Varicela o una erupción que sugiera varicela
- Impétigo, hasta 24 horas después del tratamiento
- Tuberculosis, hasta que un proveedor de atención médica proporcione una declaración escrita de que el niño no es contagioso
- Tos ferina, hasta cinco días después del inicio del tratamiento
- Virus de la hepatitis A, hasta una semana después del inicio de la enfermedad o la ictericia
- Cuando un médico u otro profesional de la salud emita una orden por escrito de que el niño debe ser separado de los demás niños.
- Además, se excluye si
    - ★ Los síntomas impiden que el niño participe cómodamente en las actividades, como es normal
    - ★ Los síntomas dan lugar a una necesidad de cuidados superior a la que los miembros del personal pueden proporcionar sin comprometer la salud y la seguridad de los demás niños.
    - ★ El proveedor de atención médica recomienda la exclusión

**Para cualquier otra preocupación de salud o de medicamentos, por favor llame a Amy Parker o April Ownby en el Departamento de Salud del Condado de Transilvania al (828)884-3135.**

# Pautas para la enfermedad de Escuelas del Condado de Transilvania

Estimados padres,
Como enfermera de la escuela, mi prioridad es mantener a todos nuestros estudiantes saludables y en la escuela. Una manera en que todos podemos trabajar juntos para hacer esto es prevenir la propagación de enfermedades. Si su hijo no se siente bien, por favor use las siguientes pautas para determinar si debe o no estar en la escuela.

| | **El niño no debe estar en la escuela ni en contacto con otros niños:** | **Si el niño se siente lo suficientemente bien, puede asistir a la escuela:** |
|---|---|---|
| Secreción nasal | Secreción turbia o amarilla/verde con congestión, fiebre | Drenaje claro como en el caso de las alergias |
| Tos | Frecuente o incontrolable, con producción de mucosidad o acompañada de fiebre | Poco frecuente, no se expulsa mucosidad y/o el niño ha tomado antibióticos durante al menos 24 horas antes de volver a la escuela, sin fiebre |
| Fiebre | Si la temperatura es superior a 100,0 o si los síntomas de dolor de cabeza o tos acompañan a cualquier temperatura elevada | Si la temperatura es inferior a 100,0 durante 24 horas sin tomar un medicamento antifebril y no hay otros síntomas |
| Diarrea o vómitos | Un episodio de vómitos. Más de un episodio de diarrea | Un solo incidente de diarrea y ningún otro síntoma como fiebre o vómitos; debe ser 24 horas después del último episodio de vómitos |
| Garganta estreptocócica/ Fiebre escarlata | Dolor de garganta, dolor de cabeza, náuseas, fiebre (los niños **no** siempre tienen fiebre o se quejan de dolor de garganta) La única manera de descartar el estreptococo es con un cultivo de garganta. | Después de 24 horas con antibióticos y sin fiebre durante 24 horas sin medicamentos antifebriles |
| Conjuntivitis | El ojo está rojo con queja de ardor o picor; se produce una secreción costrosa, blanca o amarilla | Conjuntivitis bacteriana: después de 24 horas con antibióticos<br>Conjuntivitis vírica: con una nota del médico que indique que ya no es contagiosa |
| Erupción cutánea/ infección de la piel | Cualquier niño con sarpullido o signos de infección cutánea que no haya sido evaluado por un médico | Sin sarpullido, con una nota del médico que indique que ya no es contagioso o después de 24 horas con antibióticos para la infección de la piel |
| Varicela | Picor con manchas rosas/rojas con centro tipo ampolla, fiebre | Lesiones con costra y secas, sin fiebre |
| Gripe | Fiebre con temperatura superior a 100,0 acompañada de dolor de garganta, tos, secreción nasal, congestión, dolores corporales, cansancio extremo, vómitos o diarrea | Si la temperatura es inferior a 100,0 durante 24 horas sin tomar un medicamento antifebril, o si el médico le da el alta si se le diagnostica cualquier tipo de gripe |

Si cree que su hijo puede tener fiebre, compruebe su temperatura antes de enviarlo a la escuela. Su hijo no debe ser enviado a la escuela hasta que no haya tenido fiebre durante al menos 24 horas sin tomar un medicamento para reducir la fiebre, como Tylenol o Ibuprofeno.

## Pautas para la medicación:

- Todos los medicamentos recetados y de venta libre requieren una autorización médica y de los padres por escrito.

- La autorización escrita debe incluir: el nombre del niño, el nombre del medicamento, las instrucciones de la dosis, la firma de los padres, la firma del proveedor y la fecha de la firma.

- Los medicamentos recetados deben estar en su envase original con la etiqueta del farmacéutico,

- Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original, sin abrir, con la etiqueta del nombre del niño.

- ***Si no se cumplen los requisitos anteriores, se puede exigir a los padres que acudan a la escuela a entregar la medicación.***

- La medicación es válida durante el tiempo que se prescribe o un año, lo que ocurra primero.

- Los padres deben firmar una aprobación por escrito para los medicamentos crónicos/de emergencia cada seis meses.

- NO envíe la medicación en la mochila del niño.  Entregue los medicamentos directamente al maestro de su hijo.

**Preguntas o preocupaciones:**

Por favor llame a la maestra de su hijo con cualquier inquietud.

**Escuelas del Condado de Transilvania Preescolar**

**Recepción del Manual de los Padres**

- Números importantes
- Filosofía de preescolar y plan de estudios
- Plan de estudios y evaluaciones
- Procedimientos de Seguridad y Emergencia
- Normas de disciplina
- Información sobre el Síndrome del Bebé Sacudido
- Participación
- Comidas y meriendas
- Limpieza
- Servicios para la familia
- Pagos de matrícula
- Desarrollo del personal
- Salud y enfermedad
- Pautas de medicación
- Acuerdo de Preescolar

*** La copia original firmada por los padres y el personal de Pre-K se encuentra en la carpeta del niño***

Firma del padre _____

Firma del personal de Pre-K (staff signature) _____

Fecha_____

**NC Pre-Kindergarten information for the 2022-2023 School Year**

*Información del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) para el año escolar 2022-2023*

## Applying to the NC Pre-Kindergarten Program

**Please answer all questions on the child application by completing each section A-F.**

**Attach proof of the child's age:** *either* a copy of a birth certificate, medical record, immunization form, or Medicaid card.

**Attach proof of the family's annual income**: *either* a 2021 income tax return, 2021 W-2, or a month of current pay stubs for each working parent/caregiver.

I understand that my child will need a current health assessment and immunization record within 30 days of enrolling in the program.

Families will be notified about placement for their child starting in May.

Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program.

Incomplete applications or applications without signatures, dates, or the requested documentation will not be considered.

**Return the completed child application and supporting documentation to:**

**Your Preferred NC Pre-K Provider OR**
**Smart Start of Transylvania County**
**PO Box 1676 Brevard, NC 28712 or**
**rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org**

## Inscripción al Programa NC Pre-Kindergarten

**Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño/a, llenando cada sección de la A a la F.**

**Adjunte una prueba de la edad del niño**/a como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.

**Adjunte prueba del ingreso anual de la familia, de preferencia:** documentos del impuesto sobre la renta, o los talones de pago actuales del mes por cada uno de los padres o cuidadores del niño/a que estén trabajando.

Entiendo que mi hijo/a necesitará una evaluación de salud y un registro de vacunación actual dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el programa.

A las familias se les avisará para el cupo de sus niños/as a principios del mes de mayo.

Los/Las niños/as que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados de niños/as tendrán preferencia en la colocación en el programa NC Pre-K.

Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación requerida no serán consideradas.

**Devuelva la solicitud completa y la documentación de respaldo requerida a:**
**Smart Start of Transylvania County,**
**PO Box 1676 Brevard, NC 28712 o**
**rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org**

**NC Pre-K classrooms are currently available at the following sites:** ***Las clases actualmente aprobadas para el Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) se encuentran en las siguientes direcciones:***

**WNCSource (formerly WESTERN CAROLINA COMMUNITY ACTION)**
**Brevard Children's Center**, Hillview Head Start, 181 Hillview Circle, Brevard, NC 28712
Darlene Cabe, Director/Site Administrator, 828-884-2255

**LISA'S KIDDIEGARTEN**
Lisa Crite, Director, 828-877-3707, 38 Old Hendersonville Hwy, Brevard, NC 28712

**NANNA'S AND MOMMY'S TOO**
Mi Thompson, Director, 828-877-2555, 1131 Wilson Rd, Pisgah Forest, NC 28768

**NEW ADVENTURE LEARNING CENTER**
Stacey Gash, Director, 828-884-3232, 260 S Gaston St, Brevard, NC 28712

**TRANSYLVANIA COUNTY SCHOOLS**
Audrey Reneau, Director of Early Learning, 828-884-6173
Christine Brown, Preschool Coordinator, 828-884-2001

**BEEHIVE LEARNING CENTER AT BREVARD ELEMENTARY SCHOOL**
Michael Kirst, Principal 828-884-2001 399 Greenville Hwy, Brevard, NC 28712

**THE CUBHOUSE AT ROSMAN ELEMENTARY SCHOOL**
Robert Dinsdale, Principal 828-862-4431 167 Rosman School Rd, Rosman, NC 28772

**THE RANGER'S STATION AT PISGAH FOREST ELEMENTARY SCHOOL**
Tonya Treadway, Principal 828-877-4481 1160 Ecusta Rd, Brevard, NC 28712

**THE CUB'S DEN AT T.C. HENDERSON ELEMENTARY SCHOOL**
Patrick Chapman, Principal 828-862-4463 11839 Rosman Hwy, Lake Toxaway, NC 28747

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## A: CHILD INFORMATION | INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

| | | | |
|---|---|---|---|
| Child's Full Name \| Nombre completo del niño/a | | Date of Birth \| Fecha de nacimiento | |
| Child's Street Address \| Dirección donde reside el/la niño/a | City \| Ciudad | NC | ZIP \| Código postal |
| Child's Gender \| Género del niño/a | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino | |

Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) | Raza/Etnia del niño/a (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ White or European American | Blanca o Americano-europea
- ☐ American Indian/Alaska Native | Amerindia/Nativa de Alaska
- ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander | Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico
- ☐ Black or African American | Negra o Afroamericana
- ☐ Asian | Asiática

| | | |
|---|---|---|
| Hispanic? \| ¿Hispano/a? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| What language does the child speak at home? \| ¿Qué idioma habla el/la niño/a en casa? | | |
| Is child currently attending a child care, preschool or half-day program? \| ¿El/La niño/a asiste actualmente a una guardería, preescolar, o a un programa de medio tiempo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| If yes, what is the name of the program? \| Si es así, ¿cuál es el nombre del programa? | | |
| Has the child ever been in a child care/preschool setting? \| ¿Alguna vez ha estado el/la niño/a en un establecimiento de guardería/preescolar? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Does the child receive a child care subsidy voucher? \| ¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military or was seriously injured or killed while on active duty? \| ¿Al menos uno de los padres o tutores del niño/a es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido éste/a herido/a gravemente o ha muerto durante el servicio activo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |

Which of the following additional factors apply to this child? (Check all that apply) | ¿Cuál de los siguientes factores adicionales aplican para este/a niño/a? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Identified disability (indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP)
  Discapacidad identificada (determinada porque el/la niño/a tiene un Plan Educativo Individualizado– IEP activo)
- ☐ Chronic health conditions (indicated by a health care provider, e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc.) | Condiciones de salud crónicas (determinadas por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia
  de células falciformes, cáncer, VIH, etc.)
- ☐ Developmental educational need (as indicated by the child's performance results on a developmental screening) | Necesidades educativas del desarrollo (determinadas por los resultados de desempeño en una evaluación de desarrollo)

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION | INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

**PARENT/GUARDIAN NAME #1 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #1:**

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. *Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.*

| | | |
|---|---|---|
| Gender \| Género | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | ☐ Father \| Padre | ☐ Mother \| Madre |

☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| | |
|---|---|
| Phone Number \| Teléfono: | Work Phone Number \| Teléfono del trabajo: |

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Not Employed/ Desempleado/a
- ☐ Employed | Empleado/a
- ☐ Seeking Employment | Buscando empleo
- ☐ Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- ☐ Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- ☐ Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?
☐ Monthly | Mensual ☐ Twice Monthly | Quincenal ☐ Weekly | Semanal ☐ Bi-Weekly | Cada dos semanas

**PARENT/GUARDIAN NAME #2 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #2:**

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. *Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.*

| | | |
|---|---|---|
| Gender \| Género | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | ☐ Father \| Padre | ☐ Mother \| Madre |

☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| | |
|---|---|
| Phone Number \| Teléfono: | Work Phone Number \| Teléfono del trabajo: |

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Not Employed/ Desempleado/a
- ☐ Employed | Empleado/a
- ☐ Seeking Employment | Buscando empleo
- ☐ Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- ☐ Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- ☐ Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?
☐ Monthly | Mensual ☐ Twice Monthly | Quincenal ☐ Weekly | Semanal ☐ Bi-Weekly | Cada dos semanas

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

| Annual family income. (Attach supporting documentation for all income identified for each parent/guardian<br>Ingreso anual familiar. (Adjunte los documentos necesarios para cada uno de los padres/tutores) | |
|---|---|
| ☐ Income before taxes \| Sueldo bruto antes de impuestos | $ |
| ☐ Alimony \| Manutención | $ |
| ☐ Child support \| Manutención infantil | $ |
| ☐ Workers Comp \| Indemnización por accidente laboral | $ |
| ☐ Unemployment \| Subsidio por desempleo | $ |
| ☐ SSI/TANF/Work First \| Seguro Social-SSI/TANF/Work First | $ |
| ☐ What is the family's total Annual Gross Income (before taxes?)<br>¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)? | $ *(To be completed by enrollment staff)* |

With whom does the child live? | ¿Con quién reside el/la niño/a?

☐ Both Parents | Ambos padres
☐ Father Only | Solamente con el padre
☐ Mother Only | Solamente con la madre
☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| What is the family size? (include the child and all adults and other children living in the household.)<br>¿Cuántos miembros hay en la familia? (Incluya el/la niño/a solicitante, a todos los adultos y otros/as niños/as en el hogar) | |
|---|---|

Please list the additional family members of the child that live in the home and are supported by the parent/caregiver's income. | Haga una lista de los familiares que viven con el/la niño/a y que se benefician de los ingresos de los padres/cuidadores del niño/a.

| | |
|---|---|
| **1. Name** \| Nombre | **5. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **2. Name** \| Nombre | **6. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **3. Name** \| Nombre | **7. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **4. Name** \| Nombre | **8. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## C: DEVELOPMENTAL ASSESSMENTS | EVALUACIONES DE DESARROLLO

| | | |
|---|---|---|
| Is the family concerned about the child's development? \| La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| If yes, please explain \| Si respondió sí, explique: | | |

Has the child been referred for an evaluation or identified with a disability? | ¿Se ha remitido al niño/a para una evaluación o se le ha identificado alguna una discapacidad?

- ☐ Yes, Continue on with the remaining questions | Sí, continúe con las preguntas siguientes
- ☐ No, Skip to the certification/signature section | No, pase a la sección de certificación/firma

What was the decision of the evaluation for this child? | ¿Cuál fue la decisión de evaluación de este/a niño/a?

- ☐ No disability identified | No se identificó ninguna discapacidad
- ☐ Evaluation decision in process | La decisión de la evaluación se encuentra en proceso
- ☐ One or more disabilities identified | Se identificaron una o más discapacidades
- ☐ Do not know | No lo sé

What conditions were identified (Please check all that apply) | ¿Qué condiciones se identificaron? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Autistic | Autista
- ☐ Hearing Impaired | Discapacidad auditiva
- ☐ Orthopedically Impaired | Discapacidad ortopédica
- ☐ Severely/Profoundly Mentally Disabled | Discapacidad mental severa/muy severa
- ☐ Speech/Language Impaired | Discapacidad de habla/lenguaje
- ☐ Visually Impaired | Discapacidad visual
- ☐ Behaviorally/Emotionally Disabled | Discapacidad emocional/de comportamiento
- ☐ Multi-Handicapped (please explain) | Discapacidad múltiple (explique)
- ☐ Preschool/Persistent Developmentally Delayed | Retraso en el desarrollo preescolar/permanente
- ☐ Other Health Impaired | Otra deficiencia de la salud

| | | |
|---|---|---|
| Has the child been referred for services? \| ¿Se ha remitido al niño/a para servicios de asistencia? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Is this child receiving services related to the disability? \| ¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Please list the services the child is receiving \| Haga una lista de los servicios que recibe el/ la niño/a: | | |
| Does the child have an active IEP (Individualized Education Plan)? \| ¿El/La niño/a tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) activo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

## D: NC PRE-K LOCATION CHOICES | OPCIONES DE UBICACIÓN PARA PRE-K NC

| 1st Choice \| 1ra opción | 2nd Choice \| 2da opción | 3rd Choice \| 3ra opción |
|---|---|---|
| | | |

## E: CERTIFICATION & SIGNATURE | CERTIFICACIÓN & FIRMA

☐ By signing this form, I certify that the information provided is true, correct, and complete and that all income has been reported. Program staff may verify information on this Application. | Al firmar este formulario certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta solicitud.

☐ I give permission for the NC Pre-K site my child attends to share my child's developmental screening and formative assessment results with Smart Start of Transylvania County. Yo doy permiso para que el establecimiento del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) donde asiste mi hijo/a, comparta los resultados de la evaluación de desarrollo y evaluación formativa con Smart Start of Transylvania County.

| Adult Signature \| Firma del adulto | Today's Date \| Fecha de hoy |
|---|---|
| | |

## F: APPLICATION CHECKLIST | LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

**Did you remember to: / ¿Recordaste:**

☐ Sign and date the application / Firmar y escribir la fecha de la solicitud?

☐ Include proof of child's birth date / Incluir prueba de la fecha de nacimiento del niño/a?

☐ Include proof of family income for all working parents/caregivers / Incluir comprobante de ingresos familiares para todos los padres/cuidadores que trabajan?

☐ If child is in foster care, include placement documentation / Si el/la niño/a está en cuidado de crianza (hogar de acogida temporal), incluir la documentación de colocación?

☐ If child has an IEP, include a copy of the IEP / Si el/la niño/a tiene un IEP, incluir una copia del IEP?

TRANSYLVANIA COUNTY SCHOOLS Bus (Autobus) #_____ FOR SCHOOL USE
HOJA DE INFORMACÍON DEL ESTUDIANTE POWERSCHOOL #_____
2022-2023

Nombre de Niño_____
Apellido Primero
Medio

Etnicidad-Seleccione uno:____Hispano o Latino ____No Hispano o Latino

Raza-Seleccione uno o mas:
____Indio Americano o Nativo de Alaska ____Nativo de Hawaii o de Otra Isla del Pacifico
____Asiano ____Blanco
____Negro o Americano African

Does anyone in the household work in agriculture? Yes_____ No_____

Fecha de Nacimiento_____Edad_____Sexo____

¿Está el estudiante en Educacíon Especial? ___Sí ___No (Si contesto "Sí" porfavor marquee todo que aplica):
IEP____ 504____ Recurso____ Contencíon-Propia____ Hablar?Lengua____ Otra____

Direccíon Física (calle)_____

Direccíon del Correo_____

Instrucciones de Manejar de la escuela_____
_____
Adentro de Distrito_____Sí Afuera de Distrito_____Sí (tiene que tener aprobacíon del Directorio)

Padre(s) / Tutor(es) Legal(es)-Porfavor, enumere primero el padre custodial:
1._____ Teléfono de Cellular#_____

Lugar de Empleo_____ Teléfono de Trabajo#_____
Direccíon del correo electrónico_____

2._____ Teléfono de Cellular#_____

Lugar de Empleo_____ Teléfono de Trabajo#_____
Direccíon del correo electrónico_____

Estudiante vive con_____.¿Hay orden custodial en archive de la oficina la escuela? Sí / No.
Hermanos se inscriben en escuela (nombres y edades-si hermano está en la misma escuela, porfavor, indique su maestro._____
_____

Escuela previa se asistío_____ Direccíon_____
_____
Tres adultos autoirizados recogerle a su niño si nostros no podemos hacer contacto con usted.
1._____ Teléfono_____
2._____ Teléfono_____
3._____ Teléfono_____

Contacto Emergéncio (nombre)_____ (relacíon)_____ Teléfono_____

Transportacíon Regular: Autobus___ Caro___ Caminar / Bicicleta___ Programa del Despues Escuel  El Club de Boys&Girls___
Por una despedida temprano, la transportacíon de mi niño estará:  Autobus__ Caro__ Caminar__ Manejar__

Revisado-2/22

Fecha de aplicación completado: _____ Fecha de inscripción: _____

## APLICACIÓN INFANTIL PARA INSCRIPCIÓN—PREESCOLAR | Escuelas del Condado de Transilvania

*Para ser completado, actualizado y colocado en el archivo de la instalación en el primer día y firmado, como se producen cambios y al menos anualmente.*

**Información:** Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____

*Último* *primer* *medio* *apodo*

Dirección física del niño: _____

**Información familiar:** Niño vive con: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección (si difiere de la del niño): _____ Zip código: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____

Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección (si difiere de la del niño): _____ Zip código: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____

**CONTACTOS:**

Niño se liberará a los padres/tutores mencionados anteriormente. El niño también se puede liberar para las siguientes personas, según lo autorizado por la persona que firma esta aplicación. En caso de emergencia, si los padres no se logra, la instalación cuenta con permiso para contactar con las siguientes personas.

_____

*Nombre* *relación* *dirección* *número de teléfono*

_____

*Nombre* *relación* *dirección* *número de teléfono*

_____

*Nombre* *relación* *dirección* *número de teléfono*

**NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD:**

*Para cualquier niño con necesidades de salud como alergias, asma u otras enfermedades crónicas que requieren servicios de salud especializados, un plan de acción médica deberá adjuntarse a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por el padre o profesional del cuidado de la salud. ¿Hay un plan de acción médica adjuntado? SI _____ No _____*

Lista de alergias y los síntomas y el tipo de respuesta necesaria para las reacciones alérgicas: _____

_____

Lista cualquier necesidades de salud o preocupaciones, síntomas de y tipo de respuesta para las necesidades de salud o preocupaciones: _____

_____

Lista cualquier temor particular o características únicas de comportamiento el niño tiene: _____

_____

Lista de cualquier tipo de medicamento tomado para necesidades de atención médica: _____

Compartir cualquier otra información que tiene una influencia directa sobre asegurar seguro de tratamiento médico para su hijo: _____

**INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

Nombre del médico: _____ Telefono de oficina: _____

Preferencia de hospital: _____ Telefono: _____

Como el padre/tutor, autorizo el centro para obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Estoy, como operador, de acuerdo a proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en las instalaciones serán supervisadas por un adulto responsable. No se administrar cualquier droga o cualquier medicamento sin instrucciones específicas del médico o el padre, tutor o custodio tiempo completo.

Firma del administrador: _____ Fecha: _____

**NC Pre-Kindergarten information for the 2022-2023 School Year**

*Información del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) para el año escolar 2022-2023*

## Applying to the NC Pre-Kindergarten Program

**Please answer all questions on the child application by completing each section A-F.**

**Attach proof of the child's age:** *either* a copy of a birth certificate, medical record, immunization form, or Medicaid card.

**Attach proof of the family's annual income**: *either* a 2021 income tax return, 2021 W-2, or a month of current pay stubs for each working parent/caregiver.

I understand that my child will need a current health assessment and immunization record within 30 days of enrolling in the program.

Families will be notified about placement for their child starting in May.

Children who are currently NOT enrolled in a child care program are given priority placement in the NC Pre-K program.

Incomplete applications or applications without signatures, dates, or the requested documentation will not be considered.

**Return the completed child application and supporting documentation to:**

**Your Preferred NC Pre-K Provider OR**
**Smart Start of Transylvania County**
**PO Box 1676 Brevard, NC 28712 or**
**rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org**

## Inscripción al Programa NC Pre-Kindergarten

**Por favor conteste todas las preguntas en la solicitud del niño/a, llenando cada sección de la A a la F.**

**Adjunte una prueba de la edad del niño**/a como el certificado de nacimiento, ficha, médica, o tarjeta del Medicaid.

**Adjunte prueba del ingreso anual de la familia, de preferencia:** documentos del impuesto sobre la renta, o los talones de pago actuales del mes por cada uno de los padres o cuidadores del niño/a que estén trabajando.

Entiendo que mi hijo/a necesitará una evaluación de salud y un registro de vacunación actual dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el programa.

A las familias se les avisará para el cupo de sus niños/as a principios del mes de mayo.

Los/Las niños/as que NO están actualmente matriculados en un programa para cuidados de niños/as tendrán preferencia en la colocación en el programa NC Pre-K.

Las solicitudes incompletas o solicitudes sin la documentación requerida no serán consideradas.

**Devuelva la solicitud completa y la documentación de respaldo requerida a:**
**Smart Start of Transylvania County,**
**PO Box 1676 Brevard, NC 28712 o**
**rebeccasnurr@smartstarttransylvania.org**

**NC Pre-K classrooms are currently available at the following sites:** ***Las clases actualmente aprobadas para el Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) se encuentran en las siguientes direcciones:***

**WNCSource (formerly WESTERN CAROLINA COMMUNITY ACTION)**
**Brevard Children's Center**, Hillview Head Start, 181 Hillview Circle, Brevard, NC 28712
Darlene Cabe, Director/Site Administrator, 828-884-2255

**LISA'S KIDDIEGARTEN**
Lisa Crite, Director, 828-877-3707, 38 Old Hendersonville Hwy, Brevard, NC 28712

**NANNA'S AND MOMMY'S TOO**
Mi Thompson, Director, 828-877-2555, 1131 Wilson Rd, Pisgah Forest, NC 28768

**NEW ADVENTURE LEARNING CENTER**
Stacey Gash, Director, 828-884-3232, 260 S Gaston St, Brevard, NC 28712

**TRANSYLVANIA COUNTY SCHOOLS**
Audrey Reneau, Director of Early Learning, 828-884-6173
Christine Brown, Preschool Coordinator, 828-884-2001

**BEEHIVE LEARNING CENTER AT BREVARD ELEMENTARY SCHOOL**
Michael Kirst, Principal 828-884-2001 399 Greenville Hwy, Brevard, NC 28712

**THE CUBHOUSE AT ROSMAN ELEMENTARY SCHOOL**
Robert Dinsdale, Principal 828-862-4431 167 Rosman School Rd, Rosman, NC 28772

**THE RANGER'S STATION AT PISGAH FOREST ELEMENTARY SCHOOL**
Tonya Treadway, Principal 828-877-4481 1160 Ecusta Rd, Brevard, NC 28712

**THE CUB'S DEN AT T.C. HENDERSON ELEMENTARY SCHOOL**
Patrick Chapman, Principal 828-862-4463 11839 Rosman Hwy, Lake Toxaway, NC 28747

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## A: CHILD INFORMATION | INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

| | | | |
|---|---|---|---|
| Child's Full Name \| Nombre completo del niño/a | | Date of Birth \| Fecha de nacimiento | |
| Child's Street Address \| Dirección donde reside el/la niño/a | City \| Ciudad | NC | ZIP \| Código postal |
| Child's Gender \| Género del niño/a | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino | |

Child's Race/Ethnicity (Check All that Apply) | Raza/Etnia del niño/a (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ White or European American | Blanca o Americano-europea
- ☐ American Indian/Alaska Native | Amerindia/Nativa de Alaska
- ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander | Nativa de Hawái o de otras Islas del Pacífico
- ☐ Black or African American | Negra o Afroamericana
- ☐ Asian | Asiática

| | | |
|---|---|---|
| Hispanic? \| ¿Hispano/a? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| What language does the child speak at home? \| ¿Qué idioma habla el/la niño/a en casa? | | |
| Is child currently attending a child care, preschool or half-day program? \| ¿El/La niño/a asiste actualmente a una guardería, preescolar, o a un programa de medio tiempo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| If yes, what is the name of the program? \| Si es así, ¿cuál es el nombre del programa? | | |
| Has the child ever been in a child care/preschool setting? \| ¿Alguna vez ha estado el/la niño/a en un establecimiento de guardería/preescolar? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Does the child receive a child care subsidy voucher? \| ¿El/La niño/a recibe subsidio para guardería? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Is at least one parent or legal guardian of this child an active duty member of the military or was seriously injured or killed while on active duty? \| ¿Al menos uno de los padres o tutores del niño/a es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido éste/a herido/a gravemente o ha muerto durante el servicio activo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |

Which of the following additional factors apply to this child? (Check all that apply) | ¿Cuál de los siguientes factores adicionales aplican para este/a niño/a? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Identified disability (indicated by the child having a current Individualized Education Plan – IEP)
  Discapacidad identificada (determinada porque el/la niño/a tiene un Plan Educativo Individualizado– IEP activo)
- ☐ Chronic health conditions (indicated by a health care provider, e.g. asthma, sickle cell anemia, cancer, HIV, etc.) | Condiciones de salud crónicas (determinadas por un profesional de salud, por ejemplo, asma, anemia
  de células falciformes, cáncer, VIH, etc.)
- ☐ Developmental educational need (as indicated by the child's performance results on a developmental screening) | Necesidades educativas del desarrollo (determinadas por los resultados de desempeño en una evaluación de desarrollo)

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION | INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

**PARENT/GUARDIAN NAME #1 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #1:**

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. *Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.*

| | | |
|---|---|---|
| Gender \| Género | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | ☐ Father \| Padre | ☐ Mother \| Madre |

☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| | |
|---|---|
| Phone Number \| Teléfono: | Work Phone Number \| Teléfono del trabajo: |

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Not Employed/ Desempleado/a
- ☐ Employed | Empleado/a
- ☐ Seeking Employment | Buscando empleo
- ☐ Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- ☐ Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- ☐ Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?
☐ Monthly | Mensual ☐ Twice Monthly | Quincenal ☐ Weekly | Semanal ☐ Bi-Weekly | Cada dos semanas

**PARENT/GUARDIAN NAME #2 | NOMBRE DEL PADRE O TUTOR #2:**

Please only list PRIMARY parents/caregivers living in the household with the child applicant. *Enumere únicamente a los padres / cuidadores que viven en el hogar con el niño solicitante.*

| | | |
|---|---|---|
| Gender \| Género | ☐ Male \| Masculino | ☐ Female \| Femenino |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | ☐ Father \| Padre | ☐ Mother \| Madre |

☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| | |
|---|---|
| Phone Number \| Teléfono: | Work Phone Number \| Teléfono del trabajo: |

E-mail Address | Correo electrónico:

Please check all that apply | Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Not Employed/ Desempleado/a
- ☐ Employed | Empleado/a
- ☐ Seeking Employment | Buscando empleo
- ☐ Attending Secondary Education | Asistiendo a una universidad o escuela universitaria (college)
- ☐ Attending Job Training | Asistiendo a entrenamiento para empleo
- ☐ Attending High School/GED | Asistiendo a la escuela secundaria/examen GED

If employed, how often do you receive a paycheck | Si está trabajando, ¿con qué frecuencia recibe su cheque?
☐ Monthly | Mensual ☐ Twice Monthly | Quincenal ☐ Weekly | Semanal ☐ Bi-Weekly | Cada dos semanas

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

| Annual family income. (Attach supporting documentation for all income identified for each parent/guardian<br>Ingreso anual familiar. (Adjunte los documentos necesarios para cada uno de los padres/tutores) | |
|---|---|
| ☐ Income before taxes \| Sueldo bruto antes de impuestos | $ |
| ☐ Alimony \| Manutención | $ |
| ☐ Child support \| Manutención infantil | $ |
| ☐ Workers Comp \| Indemnización por accidente laboral | $ |
| ☐ Unemployment \| Subsidio por desempleo | $ |
| ☐ SSI/TANF/Work First \| Seguro Social-SSI/TANF/Work First | $ |
| ☐ What is the family's total Annual Gross Income (before taxes?)<br>¿Cuánto es el ingreso bruto anual de la familia (antes de los impuestos)? | $ *(To be completed by enrollment staff)* |

With whom does the child live? | ¿Con quién reside el/la niño/a?

☐ Both Parents | Ambos padres
☐ Father Only | Solamente con el padre
☐ Mother Only | Solamente con la madre
☐ Other, please specify | Otro, especifique:

| What is the family size? (include the child and all adults and other children living in the household.)<br>¿Cuántos miembros hay en la familia? (Incluya el/la niño/a solicitante, a todos los adultos y otros/as niños/as en el hogar) | |
|---|---|

Please list the additional family members of the child that live in the home and are supported by the parent/caregiver's income. | Haga una lista de los familiares que viven con el/la niño/a y que se benefician de los ingresos de los padres/cuidadores del niño/a.

| | |
|---|---|
| **1. Name** \| Nombre | **5. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **2. Name** \| Nombre | **6. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **3. Name** \| Nombre | **7. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |
| **4. Name** \| Nombre | **8. Name** \| Nombre |
| Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a | Relationship to Child \| Parentesco con el/la niño/a |
| Date of Birth \| Fecha de nacimiento | Date of Birth \| Fecha de nacimiento |

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

NORTH CAROLINA NC Pre-K Prekindergarten Program

smart start Each Child. Every Community.

## C: DEVELOPMENTAL ASSESSMENTS | EVALUACIONES DE DESARROLLO

| | | |
|---|---|---|
| Is the family concerned about the child's development? \| La familia está preocupada por el desarrollo del niño/a? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| If yes, please explain \| Si respondió sí, explique: | | |

Has the child been referred for an evaluation or identified with a disability? | ¿Se ha remitido al niño/a para una evaluación o se le ha identificado alguna una discapacidad?

- ☐ Yes, Continue on with the remaining questions | Sí, continúe con las preguntas siguientes
- ☐ No, Skip to the certification/signature section | No, pase a la sección de certificación/firma

What was the decision of the evaluation for this child? | ¿Cuál fue la decisión de evaluación de este/a niño/a?

- ☐ No disability identified | No se identificó ninguna discapacidad
- ☐ Evaluation decision in process | La decisión de la evaluación se encuentra en proceso
- ☐ One or more disabilities identified | Se identificaron una o más discapacidades
- ☐ Do not know | No lo sé

What conditions were identified (Please check all that apply) | ¿Qué condiciones se identificaron? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Autistic | Autista
- ☐ Hearing Impaired | Discapacidad auditiva
- ☐ Orthopedically Impaired | Discapacidad ortopédica
- ☐ Severely/Profoundly Mentally Disabled | Discapacidad mental severa/muy severa
- ☐ Speech/Language Impaired | Discapacidad de habla/lenguaje
- ☐ Visually Impaired | Discapacidad visual
- ☐ Behaviorally/Emotionally Disabled | Discapacidad emocional/de comportamiento
- ☐ Multi-Handicapped (please explain) | Discapacidad múltiple (explique)
- ☐ Preschool/Persistent Developmentally Delayed | Retraso en el desarrollo preescolar/permanente
- ☐ Other Health Impaired | Otra deficiencia de la salud

| | | |
|---|---|---|
| Has the child been referred for services? \| ¿Se ha remitido al niño/a para servicios de asistencia? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Is this child receiving services related to the disability? \| ¿Recibe este/a niño/a asistencia relacionada con la/s discapacidad/es? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |
| Please list the services the child is receiving \| Haga una lista de los servicios que recibe el/ la niño/a: | | |
| Does the child have an active IEP (Individualized Education Plan)? \| ¿El/La niño/a tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) activo? | ☐ Yes \| Sí | ☐ No \| No |

# 2022-2023 CHILD'S APPLICATION
# SOLICITUD DEL NIÑO/A

## D: NC PRE-K LOCATION CHOICES | OPCIONES DE UBICACIÓN PARA PRE-K NC

| 1st Choice \| 1ra opción | 2nd Choice \| 2da opción | 3rd Choice \| 3ra opción |
|---|---|---|
| | | |

## E: CERTIFICATION & SIGNATURE | CERTIFICACIÓN & FIRMA

☐ By signing this form, I certify that the information provided is true, correct, and complete and that all income has been reported. Program staff may verify information on this Application. | Al firmar este formulario certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en esta solicitud.

☐ I give permission for the NC Pre-K site my child attends to share my child's developmental screening and formative assessment results with Smart Start of Transylvania County. Yo doy permiso para que el establecimiento del Programa Pre-Kínder de Carolina del Norte (NC Pre-K por sus siglas en inglés) donde asiste mi hijo/a, comparta los resultados de la evaluación de desarrollo y evaluación formativa con Smart Start of Transylvania County.

| Adult Signature \| Firma del adulto | Today's Date \| Fecha de hoy |
|---|---|
| | |

## F: APPLICATION CHECKLIST | LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

**Did you remember to: / ¿Recordaste:**

☐ Sign and date the application / Firmar y escribir la fecha de la solicitud?

☐ Include proof of child's birth date / Incluir prueba de la fecha de nacimiento del niño/a?

☐ Include proof of family income for all working parents/caregivers / Incluir comprobante de ingresos familiares para todos los padres/cuidadores que trabajan?

☐ If child is in foster care, include placement documentation / Si el/la niño/a está en cuidado de crianza (hogar de acogida temporal), incluir la documentación de colocación?

☐ If child has an IEP, include a copy of the IEP / Si el/la niño/a tiene un IEP, incluir una copia del IEP?

Nombre del centro: _____

# Política de disciplina y manejo del comportamiento

Fecha de adopción: _____

El elogio y el refuerzo positivo son métodos eficaces para el manejo del comportamiento de los niños. Cuando los niños reciben interacciones positivas, no violentas y comprensivas por parte de los adultos y de otras personas, desarrollan buenos conceptos de sí mismos, habilidades para resolver problemas y autodisciplina. Sobre la base de esta creencia de cómo los niños aprenden y desarrollan valores, este centro practicará la siguiente política de disciplina y manejo del comportamiento:

Nosotros:

1. Elogiamos, recompensamos y alentamos a los niños.
2. Razonamos y ponemos límites a los niños.
3. Modelamos el comportamiento apropiado para los niños.
4. Modificamos el ambiente de la clase para prevenir problemas antes de que ocurran.
5. Escuchamos a los niños.
6. Proporcionamos a los niños alternativas a los comportamientos inadecuados.
7. Le damos a los niños las consecuencias naturales y lógicas de sus comportamientos.
8. Tratamos a los niños como personas y respetamos sus necesidades, deseos y sentimientos.
9. Ignoramos los comportamientos inadecuados menores.
10. Explicamos las cosas a los niños a su nivel.
11. Utilizamos ocasionalmente "un tiempo fuera" cortos y supervisados.
12. Seguimos siendo coherente en nuestras estrategias de manejo del comportamiento.
13. Utilizamos técnicas efectivas de orientación y manejo de la conducta que se centran en el desarrollo de los niños.

Nosotros:

1. NO pegamos, sacudimos, mordemos, pellizcamos, empujamos, tiramos, abofeteamos o castigamos físicamente a los niños.
2. NO nos burlamos, ni gritamos, ni amenazamos, ni hacemos comentarios sarcásticos, ni utilizamos palabras malsonantes, ni abusamos verbalmente de los niños.
3. NO avergonzamos ni castigamos a los niños cuando tengan accidentes en el baño.
4. NO negamos la comida, el descanso o el tiempo al aire libre como castigo.
5. NO relacionamos la disciplina con la alimentación, el descanso, el aseo o el sueño.
6. NO dejamos a los niños solos o sin vigilancia
7. NO colocamos a los niños en habitaciones, armarios o cajas cerradas como castigo.
8. NO permitimos que los niños sean disciplinados por otros niños.
9. NO criticamos, burlamos o menospreciamos a los padres, familias o grupos étnicos de los niños.

Yo, el padre o tutor abajo firmante de _____ (nombre completo del niño), declaro por la presente que he leído y recibido una copia de la Política de disciplina y manejo del comportamiento del centro y que el director/operador del centro (u otro miembro del personal designado) ha hablado conmigo de la política de disciplina y manejo del comportamiento del centro.

Fecha de inscripción del niño: _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha_____

Distribución: una copia a los padres, copia firmada en la carpeta del niño

# “Tiempo Fuera”

**El tiempo fuera se define como la retirada de un niño de una situación debido a su mal comportamiento durante un corto período de tiempo (1 minuto por año de edad) cuando el niño no ha respondido a otras estrategias de manejo del comportamiento. El espacio de tiempo fuera se encuentra alejado de la actividad del aula pero a la vista del maestro. Durante el tiempo fuera, el niño tiene tiempo para pensar en su mal comportamiento. Antes de volver a jugar, el maestro habla brevemente del incidente y ayuda al niño a comprender otras opciones de comportamiento adecuadas.**

Adaptado del original preparado por Elizabeth Wilson, Estudiante, Catawba Valley Technical College

Revisado 8.09

Los siguientes requisitos se aplican a los centros de guardería y guarderías en casas.

## Transportación

Las guarderías en centros u hogares que ofrecen transporte para los niños deben cumplir con todas las leyes de vehículos motorizados, incluyendo la inspección, seguros, licencias y requisitos de retención. Los niños nunca deben ser dejados solos en un vehículo y la relación niño-personal debe mantenerse.

## Registros del Programa

Centros y hogares deben mantener registros precisos, como la asistencia de los niños, vacunas, y los números telefónicos de emergencia. Un registro de los simulacros de incendio mensuales y simulacro cada trimestre de "Encierro de Seguridad (Lockdown)". Se debe adoptar un reglamento de "dormir seguro" y se debe compartir con los padres de niños menores de 12 meses que están bajo el cuidado.

## Disciplina y Manejo de Conducta

Cada programa debe tener una política por escrito relativa a la disciplina, debe discutirlo con sus padres, y debe dar a los padres una copia cuando el niño es matriculado. Los cambios en la política de disciplina deben ser compartidos con los padres por escrito antes de entrar en vigor. El castigo corporal (azotes, bofetadas, u otra disciplina física) está prohibido en todos los centros y hogares. Programas religiosos-patrocinados deben notificar a la División de Desarrollo de Infantil y Educación Temprana de que el castigo corporal es parte de su formación religiosa para poder estar exentos de esta parte de la ley.

## Derechos de los Padres

- padres tienen el derecho de entrar a una casa o centro de guardería, en cualquier momento, mientras que su hijo está presente.
- padres tienen el derecho de ver la licencia que aparece en un lugar visible.
- padres tienen el derecho de saber cómo será disciplinado sus niño.

Las leyes y normas se desarrollan para establecer los requisitos mínimos. La mayoría de los padres les gustaría más que un mínimo de cuidado. Agencias de recursos y referencias de cuidado pueden proporcionar ayuda en la elección de una atención de calidad. Revise el directorio telefónico o hable con un proveedor de cuidado de niños para ver si hay una agencia de recursos y referencias de cuidado de niños en su comunidad. Para obtener más información, visite la página de Recursos por el web de Cuidado de Niños: *www.ncchildcare.nc.gov* Para más información de las leyes y las reglas llame al 919-527-6335 o 1-800-859-0829 (en el estado solamente), o visite nuestra página web: www.ncchildcare.nc.gov

## Revisando Archivos

Existe un archive público en la oficina principal de la División en Raleigh de cada guardería, ya sea centro o en casa. Estos archivos se pueden:

- Revisar durante horas hábiles (8 AM – 5PM);
- Solicitar a través de nuestro web www.ncchildcare.nc.gov; o
- llame a la División al 919-527-6335 o 1-800-859-0829.

## Como reportar una problema

La ley de Carolina del Norte requiere que el personal de la División de Desarrollo de Infantil y Educación Temprana visite una guardería con licencia sea en hogar o centro cuando hay una queja. Proveedores en guarderías que violen la ley o reglamento podrán recibir una Acción Administrativa y pueden tener sus licencias suspendidas o revocadas. Si usted cree que un proveedor no cumple con los requisitos descritos en este folleto, o si tiene alguna pregunta, por favor llame a la División de Desarrollo de Nino y Educación Temprana al 919-527-6500 o 1-800-859-0829.

## Abuso de Infantil, Negligencia o Maltrato

Todas las personas en el estado tienen la responsabilidad de reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o maltrato infantil. El abuso ocurre cuando un padre o proveedor perjudica o permite que otro perjudique a un niño física o emocionalmente. El abuso también puede ocurrir cuando un padre o proveedor pone un niño en riesgo de sufrir lesiones graves o permite que otro ponga a un niño en riesgo de sufrir lesiones graves. La negligencia ocurre cuando un niño no recibe atención, supervisión, o disciplina adecuada, o cuando un niño es abandonado. La ley de Carolina del Norte requiere que cualquier persona que sospeche abuso o negligencia en una Guardería, debe reportar el caso al Departamento Desarrollo Infantil y Educación Temprana llamando al 919-527-6335 o 1-800-859-0829. Los reportes pueden ser anónimos. Una persona no puede ser considerada responsable de un informe hecho en buena fe. El operador del programa debe notificar a los padres de niños actualmente matriculados de la sustanciación de cualquier queja de abuso / negligencia o la emisión de cualquier acción administrativa en contra de la instalación de la guardería. **La ley de NC requiere que cualquier persona que sospeche de abuso o negligencia en una familia, lo reporte al Departamento de Servicios Sociales del Condado.**

NORTH CAROLINA DCDEE
Division of Child Development and Early Education
5 Star Rated License • Prekindergarten • Subsidized Early Education for Kids

# Resumen de las Leyes y Reglas para Guarderías en Carolina del Norte

División de Desarrollo Infantil
Y Educación Temprana

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
820 South Boylan Avenue
Raleigh, NC 27699

**Revisado Marzo 2016**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte no discrimina basado en la raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad o discapacidad en empleo o de prestación de servicios.

## ¿Qué es una Guardería?

La ley define el cuidado de niños como:

- Cuidar de tres o más niños menores 13 años
- Recibir cuidado de una personal sin parentesco
- En bases regulares – por lo menos una vez por semana
- Por más de cuatro horas, pero menos de 24 horas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte es responsable de regular el cuidado de niños. Esto se hace a través de la División de Desarrollo de Infantil y Educación Temprana. El objetivo de la regulación es proteger el bienestar de los niños mientras están lejos de sus padres. La ley que define el cuidado de niños es en los Estatutos Generales de Carolina del Norte, Artículo 7, Capitulo 110.

La Comisión de Cuidado Infantil de Carolina del Norte es responsable de la adopción de reglamentos y de ver que la ley se cumpla. Algunos condados y ciudades también tienen requerimientos de zona para los programas de cuidado infantil.

## Licencias Calificadas por Estrellas

Centros y los hogares que están cumpliendo con los requisitos mínimos recibirán una licencia de una estrella. Los programas que tienen estándares más altos pueden solicitar una licencia de dos a cinco estrellas. El número de estrellas de un programa se basa en los niveles de educación de su personal y las normas de los programas cumplidos por el programa.

## Guarderías en Casas

Un hogar de cuidado infantil familiar con licencia para cuidar de cinco o menos niños en edad preescolar, incluyendo a sus propios hijos en edad preescolar, y puede incluir tres niños adicionales en edad escolar. Los niños en edad escolar del proveedor no se cuentan. Las licencias se expiden a los proveedores de hogares familiares de cuidado de niños que cumplan con los siguientes requisitos:

- Los proveedores de origen deben tener 21 años de edad con al menos educación secundaria o su equivalente, y mentalmente y emocionalmente capaz de cuidar niños.
- Él o ella deben someterse verificación de antecedentes penales de fondo inicialmente, y posteriormente cada tres años.
- Todos los miembros del hogar mayores de 15 años también deben someterse verificación de antecedentes penales inicialmente, y posteriormente cada tres años.
- Todos los proveedores de hogares familiares de cuidado infantil deben tener certificación actualizada en CPR y primeros auxilios, cumplir el curso de ITS-SIDS (si cuidan niños de 12 meses o menores) cada tres años. Y deben de tener en entrenamiento y Plan de Preparación y Respuesta a Emergencias en Guarderías. También deben completar un número mínimo de horas de formación al año.

Todos los hogares de guardería deben cumplir con las normas básicas de seguridad e higiene. Los proveedores deben mantener la verificación de la inmunización y el estado de salud de los niños. Deben proporcionar juguetes y actividades apropiadas para el desarrollo, así como comidas y bocadillos nutritivos para los niños bajo cuidado. Todos los niños deben participar en juegos al aire libre por lo menos una hora por día, si las condiciones meteorológicas lo permitan.

## Guarderías en Centros

Se requiere concesión de licencias como un centro cuando seis o más niños de edad preescolar son atendidos en una residencia o cuando hay tres o más niños que están bajo cuidado en un edificio que no sea una residencia. Programas religiosos patrocinados están exentos de algunas de las normas que se describen más adelante si así lo desean para cumplir con las normas de la Declaración de Conformidad en lugar de la licencia con estrellas. Los programas que operan a menos de cuatro meses consecutivos, como campamentos de verano, están exentos de la concesión de licencias. Centros de cuidado de niños pueden cumplir voluntariamente los estándares más altos y recibir una licencia con calificación más alta. Centros serán visitados por lo menos anualmente para asegurarse que están siguiendo la ley y recibir asistencia técnica de consultores de guarderías.

**Centros con licencias necesitan cumplir con los requisitos en las siguientes áreas**.

## Personal

El administrador de un centro debe tener por lo menos 21 años y tener por lo menos acreditación de Carolina del Norte de Administrador: Primera Infancia o su equivalente. Los maestros principales en un centro de cuidado de niños deben tener a lo menos 18 años y tener por lo menos credencial de Primera Infancia o su equivalente. Si los administradores y los maestros líderes no cumplen con este requisito, deben empezar los cursos de credenciales dentro de los seis meses de haber sido contratados. El personal menor de 18 años de edad debe trabajar bajo la supervisión directa del personal de 21 años de edad o más. Todo el personal debe completar un número mínimo de horas de formación incluyendo el entrenamiento ITS-SIDS para cualquier cuidador que trabaja con niños de 12 meses de edad o menores. A lo menos una persona en el local debe tener entrenamiento de CPR y Primeros Auxilios. Todo el personal debe someterse una verificación de antecedentes penales inicialmente, y posteriormente cada tres años.

## Radios

Proporciones es el número de personal necesario para supervisar un cierto número de niños. El tamaño del grupo es el número máximo de niños en un grupo. Razones y tamaños de los grupos para obtener la licencia se muestran con continuación y deben ser puestas en cada salón de clases.

| Edades | Proporción Maestro (a) niños | Maximo Tamaño de Grupo |
|---|---|---|
| 0-12 meses | 1:5 | 10 |
| 12-24 meses | 1:6 | 12 |
| 2 años | 1:10 | 20 |
| 3 años | 1:15 | 25 |
| 4 años | 1:20 | 25 |
| Edades de Escuela | 1:25 | 25 |

*Centros pequeños en residencia que dispongan una licencia de seis a doce niños pueden mantener hasta tres niños adicionales en edad escolar, en función de las edades de los otros niños bajo cuidado. Cuando el grupo tiene niños de diferentes edades, las ratios de personal-niño y el tamaño del grupo se deben cumplir para el niño más pequeño del grupo.*

## Equipo y Espacio

Para cumplir con los requisitos de licencia, debe haber por lo menos 25 pies cuadrados por niño en el interior y 75 metros cuadrados al aire libre. Espacio de juego al aire libre debe ser cercado. Equipamiento interior debe estar limpio, seguro, bien mantenido, y apropiado para el desarrollo. Equipo al aire libre y mobiliario deben ser del tamaño del niño, robusto y libre de peligros que puede ser daño a los niños.

## Plan de Estudios

Programas de cuatro y cinco estrellas tienen que utilizan un plan de estudios aprobado en sus cuatro años de edad. Otros programas pueden optar por utilizar un plan de estudios aprobado para obtener un punto de calidad para la licencia de estrella-clasificado. Programas y planes de estudios adecuado para las edades de los niños. Planes de actividades deben estar a disposición a los padres y debe mostrar un equilibrio de actividades activas y tranquilas, dentro y al aire libre. Las habitaciones deben estar dispuestas para animar a los niños a explorar, utilizar materiales por su cuenta y tener opciones.

## Seguridad y Salud

Niños deben ser vacunados a tiempo. Cada centro autorizado debe garantizar la salud y seguridad de los niños de zonas y equipos utilizados por los niños de desinfección. Las comidas y meriendas deben ser nutritivas, y los niños deben tener porciones suficientemente grandes como para satisfacer su hambre. La comida debe ser ofrecido al menos una vez cada cuatro horas. Inspectores de salud local, construcción, e incendios visitaran los centros con licencia para asegurarse que se cumplan las normas. Todos los niños se les debe permitir jugar al aire libre cada día (si el clima lo permite) durante al menos una hora al día para los niños en edad preescolar y al menos treinta minutos al día para los niños menores de dos años. Deben tener espacio y el tiempo previsto para el descanso.

# Reporte Medico para Niños

Nombre de niño _____ fecha de nacimiento _____
Nombre de Padre o Guardián _____
Dirección de Padre o Guardián _____

**A. Historia Medical** (Completo por Padres)

1. ¿Su niño tiene alegáis? No___ Si___ ¿Cuales son?
_____
_____
2. ¿Su niño actualmente esta bajo el cuidado de un doctor? No___ Si___ ¿Por cuales razones?
_____
3. Su niño esta tomando medicinas que continúan? No___ Si___ Para cual enfermedad?
_____
4. ¿Alguna internación u operaciones anteriores? No___ Si___ ¿Cuando y para que? _____
_____
5. ¿Cualquier historia de enfermedades anteriores significativas o enfermedad recurrente? No___
Si_____
Diabetes No___Si___; Convulsiones No___ Si___; ¿Problemas con el Corazón? No___ Si___;
Asma No___ Si___. ¿Si otros, cuales/cuando? _____
6. Su niño tiene incapacidades físicas: No___ Si___ Si contesta que si, favor de explicar: _____
_____
¿Incapacidades mental? No___ Si___ Si contesta que si, favor de explicar: _____
_____
**Firma de Padre/Guardián _____Fecha_____**
Dirección de Padre o Guardián _____

**B. Reconocimiento Física**: Este examen debe ser completado y debe ser firmado por un médico licenciado, su agente oficial actualmente aprobado por N. C. La tabla de Médicos encargados de los análisis (o una tabla comparable de estados contiguos), un enfermero certificado, o estándares sanitarios de reunión de enfermera DHHS para el programa de EPSDT.
Peso% _____ Altura _____%

Cabeza_____ Ojos_____ Oídos_____ Nariz_____
Dientes_____Garganta_____ cuello_____
Corazón_____Pecho_____Abd/GU_____Ext_____

Sistema neurológico _____ Piel_____ Vista_____ audición _____
Resultados de Prueba de Tuberculina, si dado: Tipo_____fecha_____
Normal_____ Anormal_____ cita que
sigue_____
Evaluación de desarrollo: demorado _____ apropia para la edad _____
Si demorado, note lo significado y el cuidado especial necesario; _____
_____
¿Necesita actividades limitados? No___ Si___ Si contesta que si, favor de explicar: _____
Otras recomendaciones: _____
_____

**Fecha de reconocimiento médico**: _____

**Firma de examinador/titulo _____teléfono _____**

DCD 0108
12/11

TRANSYLVANIA PUBLIC HEALTH

106 EAST MORGAN STREET
SUITE 105
BREVARD, NC 28712
828.884.3135
transylvaniahealth.org

Your child has an opportunity to have a dental screening sponsored by Transylvania Public Health and Healthy Smiles Dental Project. This basic screening will help identify any dental health issues for your child. **Only children with signed permission forms will be allowed to participate. Please return form as soon as possible.** This visual dental screening should not be considered as a conclusive evaluation and any findings must be confirmed by a licensed dentist before treatment.

**Dental Screenings will be held at your child's school.** Following the screening, your child will receive a form indicating any necessary dental treatment determined by our dental health professionals. We ask that if your child's form does indicate a "dental need", that you schedule an appointment for your child with a Dentist. If a child is not an established patient within a dental practice, we can assist in finding services. For assistance, call the Dental Project Coordinator at 884-1738.

If you would like your child to receive a dental screening, please fill out the form below and return. **There is no charge/fee for this service.**

Child's Name_____ Birth Date_____

Grade_____ Teacher_____

Parent(s) Name_____

Home#_____ Cell#_____

Has your child been seen by a dentist in the last year?_____ Dentist's Name_____

I give permission for my child, (child's name)_____to receive a dental screening provided by Transylvania Public Health at my child's school. I understand that this evaluation may not be substituted for a dentist's diagnosis but may be used as an aid to determine that dental care is needed.

_____ _____
(Parent Signature) (Date signed)

(For Office Use Only)

UR_____ MXA_____ UL_____ LL_____ MDA_____ LR_____

TRANSYLVANIA PUBLIC HEALTH

106 EAST MORGAN STREET
SUITE 105
BREVARD, NC 28712
828.884.3135
transylvaniahealth.org

Su hijo tiene la oportunidad de hacerse una prueba dental patrocinada por Transylvania Public Health y Healthy Smiles Dental Project. Esto proporcionará un recurso para que se dé cuenta de cualquier necesidad dental que su hijo pueda experimentar. **Solo niños con los formularios de permiso firmados podrán participar** , así que devuelva los formularios lo mas pronto posible.

Este examen visual dental de ninguna manera debe considerarse como una evaluación concluyente y debe ser confirmado antes del tratamiento por un dentista con licencia.

**Exámenes Dentales se llevará a cabo en la escuela de su hijo.** Después de la evaluación, su hijo recibirá un formulario indicando cualquier tratamiento dental necesario determinado por nuestro higienista dental de salud pública. Le pedimos que si el formulario de su hijo indica una "necesidad dental", haga una cita para su hijo con un dentista. Si su hijo no es un paciente establecido dentro de una consulta dental, podemos ayudarlo a encontrar servicios. Para asistencia, llame al Coordinador del Proyecto Dental al 884-1738.

Si desea que su hijo reciba un examen dental, complete el siguiente formulario y devuélvalo a la maestra de su hijo. **No hay cargo / tarifa por este servicio.**

Nombre del niño_____ Fecha nacimiento del niño _____

Padre/Guardián (es) Nombre_____ Teléfono# _____

¿Su hijo ha sido atendido por un dentista ?_____ Nombre del dentista_____

Doy permiso para que mi hijo, (nombre del niño ) _____ reciba un examen dental proporcionado por Transylvania Public Health. Entiendo que esta evaluación no puede ser sustituida por el diagnóstico de un dentista con licencia, pero puede usarse como una ayuda para determinar que se necesita cuidado dental.

_____ _____

(Firma del padre/guardián) (Fecha de firma)

(Sólo para uso de oficina)

UR_____ MXA_____ UL_____ LL _____ MDA_____ LR_____

Estimados Padres,

Las Escuelas del Condado de Transylvania y la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania están colaborando para apoyar la educación de nuestros estudiantes. Ambas instituciones comparten la creencia de que el amor por la lectura y el aprendizaje constituyen la base necesaria para el éxito de cada estudiante. Por esta razón estamos trabajando juntos para proporcionarle a cada alumno de las Escuelas del Condado de Transylvania acceso a los libros y recursos disponibles en nuestra biblioteca pública.

A partir del 23 de septiembre del 2022, todos los alumnos de las Escuelas del Condado de Transylvania podrán usar su número de identificación del estudiante (cuenta ID estudiantil) para acceder y tomar prestado libros y recursos de la biblioteca pública. Llamamos a esta iniciativa **Student Access** (Acceso Estudiante).

**Pregunta:** ¿Qué puede hacer un estudiante con su cuenta ID estudiantil?

**Respuesta:** Las cuentas de ID estudiantiles permiten a los estudiantes tomar prestados recursos electrónicos y acceder a las bases de datos de la biblioteca. Alumnos también pueden tomar prestados hasta 5 libros impresos o audiolibros de la colección de la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania.

**Pregunta:** ¿Cómo utilizará el estudiante su cuenta de ID estudiantil?

**Respuesta:** Estudiantes utilizarán su cuenta de ID estudiantil y su número PIN (número de identificación personal) para tomar prestados libros o acceder a los servicios de la biblioteca tales como libros electrónicos e investigación por internet. El número PIN (automáticamente generado) será los últimos 4 dígitos de su número de identificación del estudiante.

**Pregunta:** ¿Es gratis la cuenta de estudiante?

**Respuesta:** Sí, la cuenta de estudiante es gratis. No hay multas para materiales devueltos tarde pero el estudiante es responsable por cualquier cuota a pagar por libros perdidos o dañados.

**Pregunta:** ¿Cómo inscribo a mi hijo/a para obtener una cuenta de identificación del estudiante?

**Respuesta:** No necesita tomar ninguna acción para obtener una cuenta de identificación del estudiante para su hijo/a. Todos los alumnos de las Escuelas del Condado de Transylvania desde pre-kindergarten hasta el grado 12 serán automáticamente inscritos en este programa.

**Pregunta:** ¿Qué pasa si no quiero que mi hijo/a tenga una cuenta de estudiante?

**Respuesta:** Si no desea que su hijo/a tenga acceso a los materiales de la biblioteca, usted puede optar por no participar. Vea el reverso de este documento para encontrar el formulario de exclusión voluntaria que usted puede firmar y devolver a la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania ubicada en la 212 South Gaston Street, Brevard o al Bibliobús de la Biblioteca del Condado de Transylvania. Tenga en cuenta que aquellos estudiantes que opten por no participar en el programa Student Access no podrán participar en el uso de materiales de la biblioteca en su escuela a menos que **ya tengan** una tarjeta válida de la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania y conozcan el número completo de la tarjeta y el PIN asociado con su tarjeta.

# Formulario de exclusión voluntaria (Opt-out) para participación en Student Access

Si usted desea que su hijo/a participe en Student Access en el año escolar 2022-2023, entonces no tiene que hacer nada. Su hijo/a será inscrito/a automáticamente.

Si usted ***NO DESEA*** que su hijo/a participe, por favor complete este formulario de exclusión voluntaria y devuélvalo a la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania ubicada en la 212 South Gaston Street, Brevard, NC 28712 o al Bibliobús de la Biblioteca del Condado de Transylvania.

_____

Nombre del Estudiante (Escriba en letra de molde por favor)

_____

Escuela

_____

Grado

_____

Número de Identificación del Estudiante

_____

Nombre del Padre/Madre o Guardián

_____

Número de Teléfono

**Al llenar y firmar este formulario, yo entiendo que mi hijo/a NO TENDRÁ una cuenta ID bibliotecaria estudiantil** y no podrá participar en el uso de recursos bibliotecarios en su escuela a menos que tenga una tarjeta válida de la Biblioteca Pública del Condado de Transylvania y conozca el número completo de la tarjeta y el PIN asociado con su tarjeta.

_____

Firma del Padre/Madre o Guardián  Fecha

**Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS) y el Trauma Craneal por Maltrato (Abusive Head Trauma, AHT) - MUESTRA de normas**

**Declaración de convicciones**

En Escuelas del condado de Transylvania (nombre del establecimiento), consideramos que prevenir, reconocer, responder y denunciar el síndrome de bebé sacudido y el trauma craneal por maltrato (SBS/AHT) es una función importante del mantenimiento de la seguridad de los niños, la protección de su buen desarrollo, la prestación de cuidado infantil de alta calidad y la educación de los familiares.

**Antecedentes**

SBS/AHT es el nombre que se le da a una forma de maltrato infantil físico que consiste en sacudir violentamente a un bebé o un niño pequeño y/o causarle un trauma craneal. Aunque dure solo unos segundos, la sacudida puede producir graves lesiones y hasta la muerte[1]. De acuerdo con las Reglas de Cuidado Infantil de Carolina del Norte (centros de cuidado infantil, 10A NCAC 09 .0608, hogares de cuidado infantil en familia, 10A NCAC 09 .1726), todo establecimiento de cuidado infantil licenciado para cuidar niños menores de 5 años debe desarrollar y adoptar normas de prevención del SBS/AHT[2].

**Procedimiento y práctica**

Reconocer:

- Se observa a los niños para ver si dan señales de haber sufrido trauma craneal por maltrato tales como irritabilidad y/o llanto agudo, aletargamiento, dificultad para mantenerse despierto, pérdida del conocimiento, dificultad para respirar, incapacidad de levantar la cabeza, ataques, falta de apetito, vómitos, moretones, dificultades para comer o mamar, incapacidad de sonreír o vocalizar, incapacidad de seguir un objeto con los ojos y/o reducción del tono muscular. Se pueden encontrar moretones en los brazos o el tórax por el agarrón o en la cabeza por los golpes.

Responder:

- Si se sospecha SBS/AHT, el personal[3]:
    - Llamará inmediatamente al 911 y se lo comunicará al director.
    - Llamará a los padres o el tutor legal.
    - Si el niño ha dejado de respirar, el personal capacitado comenzará resucitación cardiopulmonar pediátrica[4].

Denunciar:

- Si se sospecha que el SBS/AHT ha ocurrido en el establecimiento de cuidado infantil, el hecho se debe notificar a la División de Desarrollo Infantil y Educación a Temprana Edad llamando al 1-800-859-0829 o escribiendo a webmasterdcd@dhhs.nc.gov.
- Si se sospecha que el SBS/AHT ha ocurrido en el hogar del niño, el hecho se debe notificar al departamento de servicios sociales del condado. Número de teléfono: 828-884-4173

**Estrategias de prevención para asistir al personal* que atiende a un niño que llora o está mañoso o angustiado**

Primero, el personal determina si el niño tiene necesidades físicas tales como hambre, cansancio, enfermedad, cambio de pañales, etc. Si no se identifica ninguna necesidad física, el personal pondrá en práctica una o varias de las siguientes estrategias[5]:

- Mecer al niño, tenerlo en brazos de cerca o caminar con él.
- Ponerse de pie, tener al niño en brazos de cerca y repetidamente doblar las rodillas.
- Cantarle o hablarle con voz suave y tranquilizadora.
- Frotarle o pasarle la mano suavemente por la espalda, el pecho o la barriga.
- Ofrecerle un chupete o intentar distraerlo con un cascabel o un juguete.
- Llevarlo de paseo en cochecito.
- Poner música o ruido blanco.
- Otra _____
- Otra _____

Además, el establecimiento:

- Permite que el personal que siente que puede perder control haga una pausa corta pero relativamente inmediata y lejos de los niños[6].
- Da apoyo cuando los padres o el tutor legal intentan calmar a un niño que llora y anima a los padres a hacer una pausa para calmarse si es necesario.
- Otra _____

**Comportamientos prohibidos**

Los comportamientos prohibidos son (entre otros):

- Sacudir o tironear al niño
- Lanzar al niño al aire o a una cuna, una silla o un asiento de automóvil
- Empujar al niño contra paredes, puertas o muebles

**Estrategias para ayudar a los miembros del personal a entender cómo cuidar bebés**

El personal estudia e intercambia ideas sobre lo siguiente:

- Las cinco metas e indicadores de desarrollo de los Fundamentos para el aprendizaje y el desarrollo a temprana edad de Carolina del Norte en 2013, ncchildcare.nc.gov/PDF_forms/NC_Foundations.pdf
- Cómo cuidar bebés y niños pequeños en grupos. Centro nacional para bebés, niños pequeños y familiares, www.zerotothree.org/resources/77-how-to-care-for-infants-and-toddlers-in-groups
- Inclusión de prácticas de cuidados basadas en relaciones en el cuidado de bebés y niños pequeños: Implicaciones para prácticas y normas. Red de investigadores de bebés y niños pequeños, páginas 7 y 9, www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nitr_inquire_may_2016_070616_b508compliant.pdf

**Estrategias para que los miembros del personal entiendan el desarrollo del cerebro de los niños menores de 5 años**

Todo el personal debe hacer una capacitación de SBS/AHT dentro de las dos primeras semanas de empleo. La capacitación trata el reconocimiento, la respuesta y la denuncia del maltrato, abuso o descuido infantil y también el desarrollo del cerebro del niño menor de 5 años. El personal estudia e intercambia ideas sobre lo siguiente:

- Video sobre el desarrollo del cerebro desde el nacimiento. Centro Nacional de Bebés, Niños Pequeños y Familiares, www.zerotothree.org/resources/156-brain-wonders-nurturing-healthy-brain-development-from-birth
- Ciencia del desarrollo de la primera infancia. Centro del Niño en Desarrollo, developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-ecd/

**Recursos**

Indique recursos tales como el integrante de personal designado para dar apoyo o un recurso local del condado o la comunidad:

_____

_____

Recursos de la web para padres

- Academia Estadounidense de Pediatría: www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Abusive-Head-Trauma-Shaken-Baby-Syndrome.aspx
- Centro Nacional del Síndrome de Bebé Sacudido: http://dontshake.org/family-resources
- El Período de Llanto Púrpura: http://purplecrying.info/
- Otro _____

**Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS) y el Trauma Craneal por Maltrato (Abusive Head Trauma, AHT) - MUESTRA de normas**

Recursos de la web para establecimientos

- Cuidado de nuestros niños. Estándar 3.4.4.3 Prevención e identificación del Síndrome de Bebé Sacudido/Trauma Craneal por Maltrato, http://cfoc.nrckids.org/StandardView.cfm?StdNum=3.4.4.3&=+
- Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/trprev/Preventing_SBS_508-a.pdf
- Desarrollo y bienestar de temprana edad, menores de 3 años, www.zerotothree.org/early-development
- Otro_____

**Referencias**


1. The National Center on Shaken Baby Syndrome, www.dontshake.org
2. NC DCDEE, ncchildcare.dhhs.state.nc.us/general/mb_ccrulespublic.asp
3. Shaken baby syndrome, the Mayo Clinic, www.mayoclinic.org/diseases-conditions/shaken-baby-syndrome/basics/symptoms/con-20034461
4. Pediatric First Aid/CPR/AED, American Red Cross, www.redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m4240175_Pediatric_ready_reference.pdf
5. Calming Techniques for a Crying Baby, Children's Hospital Colorado, www.childrenscolorado.org/conditions-and-advice/calm-a-crying-baby/calming-techniques
6. Caring for Our Children, Standard 1.7.0.5: Stress http://cfoc.nrckids.org/StandardView/1.7.0.5


**Aplicación**

Esta norma se aplica a niños menores de 5 años y sus familiares, operadores, educadores de temprana edad, proveedores sustitutos y proveedores no compensados.

**Comunicación**

Personal*

- Dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la adopción de estas normas, el establecimiento de cuidado infantil repasará las normas con todo el personal que atiende niños menores de 5 años.
- Todos los miembros actuales del personal y el personal recientemente contratado serán capacitados en SBS/AHT antes de atender niños menores de 5 años.
- El personal firmará un formulario de reconocimiento en que aparece el nombre de la persona, la fecha en que las normas del centro le fueron entregadas y explicadas, la firma de la persona, y la fecha en que la persona firmó el reconocimiento.
- El establecimiento de cuidado infantil mantendrá **el formulario de reconocimiento de SBS/AHT del integrante de personal** en el expediente del integrante de personal.

Padres y tutores legales

- Dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la adopción de estas normas, el establecimiento de cuidado infantil repasará las normas con los padres y tutores legales de los niños menores de 5 años inscritos.
- Una copia de estas normas se les entregará y explicará a los padres y tutores legales de los niños menores de 5 años recientemente inscritos a más tardar el primer día en que el niño sea atendido en el establecimiento.
- Los padres y tutores legales firmarán un formulario de reconocimiento en que aparece el nombre del niño, la fecha en que asistió por primera vez al establecimiento, la fecha en que las normas del operador se entregó y explicó al padre o la madre, el nombre del padre o la madre, la firma del padre o la madre, y la fecha que el padre o la madre firmó el reconocimiento.
- El establecimiento de cuidado infantil mantendrá el **formulario de reconocimiento de SBS/AHT del padre o la madre** en el expediente del niño.

***** Para los propósitos de estas normas, el "personal" está compuesto del operador y el personal administrativo que puede contarse en la proporción, los proveedores adicionales, los proveedores sustitutos y los proveedores no compensados.

**Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS) y el Trauma Craneal por Maltrato (Abusive Head Trauma, AHT) - MUESTRA de normas**

**Fecha de entrada en vigencia**

**Estas normas fueron revisadas y aprobadas por:**

| | |
|---|---|
| **Propietario/Director (recomendado)** | **Fecha** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consultor de cuidado infantil del DCDEE (recomendado)** | **Fecha** | **Consultor de Salud en el Cuidado Infantil (recomendado)** | **Fecha** |

**Fechas de revisión anuales**

**Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS) y el Trauma Craneal por Maltrato (Abusive Head Trauma, AHT) - MUESTRA de normas**

**Formulario de reconocimiento del padre, la madre o el tutor legal**

Yo, padre, madre o tutor legal de _____ reconozco que he leído
**Nombre del niño**
y recibido una copia de las normas del establecimiento sobre Síndrome de Bebé Sacudido/Trauma Craneal por Maltrato.

_____ _____

**Fecha en que las normas se le entregaron y explicaron al padre, la madre o el tutor legal** **Fecha de inscripción del niño**

_____

**Nombre del padre, la madre o el tutor legal en letra de imprenta**

_____ _____

**Firma del padre, la madre o el tutor legal** **Fecha**

**Prevención del Síndrome de Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS) y el Trauma Craneal por Maltrato (Abusive Head Trauma, AHT) - MUESTRA de normas**

**Formulario de reconocimiento del integrante de personal:**

Yo _____ (nombre) reconozco que he leído y recibido una copia de las normas del establecimiento sobre Síndrome de Bebé Sacudido/Trauma Craneal por Maltrato del establecimiento.

_____

**Fecha en que las normas se le entregaron y explicaron al integrante de personal**

_____ _____

**Firma del integrante de personal** **Fecha**

**Escuelas del Condado de Transilvania Preescolar**

**Recepción del Manual de los Padres**

- Números importantes
- Filosofía de preescolar y plan de estudios
- Plan de estudios y evaluaciones
- Procedimientos de Seguridad y Emergencia
- Normas de disciplina
- Información sobre el Síndrome del Bebé Sacudido
- Participación
- Comidas y meriendas
- Limpieza
- Servicios para la familia
- Pagos de matrícula
- Desarrollo del personal
- Salud y enfermedad
- Pautas de medicación
- Acuerdo de Preescolar

*** La copia original firmada por los padres y el personal de Pre-K se encuentra en la carpeta del niño***

Firma del padre _____

Firma del personal de Pre-K (staff signature) _____

Fecha_____