

Santa Monica-Malibu Unified School District—Child Development Services

Distrito Escolar Unificado de Santa Monica-Malibu—Servicios para el Desarrollo del Niño

2802 Fourth Street Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 396-1618

Head Start/State Preschool/LAUP Waitlist Application Solicitud para la lista de espera del programa preescolar de Head Start/Estatal/LAUP

Child's Last Name/Apellido del Niño		Mother's Name/Nombre de la Madre	
Child's First Name/Nombre del Niño		Father's Name/Nombre del Padre	
Address/Dirección		Guardian's Name/Nombre del Tutor	
City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Zona Postal	
Telephone/Teléfono		Emergency Number/Número de Emergencia	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Place of Birth/Lugar de Nacimiento		Sex/Sexo M F
Child's Language/Idioma del Niño Please circle all that apply Por favor marque los que aplicué	English Inglés	Spanish Español	Both Los Dos
Parent's Language/Idioma del Padre	English Inglés	Spanish Español	Both Los Dos
Ethnicity/Etnia	White Blanco	Hispanic/Latino Hispano/Latino	African-American Africano-Americano
			Asian Asiático
			Multiracial Multirracial
			Other Otro
Father's Occupation/Ocupación del Padre: Work/School Address/Dirección del Trabajo/Escuela		Mother's Occupation/Ocupación de la Madre: Work/School Address/Dirección del Trabajo/Escuela	
Work Phone Number/Número de teléfono del trabajo: GROSS MONTHLY INCOME /INGRESO BRUTO MENSUAL:		Work Phone Number/Número de teléfono del trabajo: GROSS MONTHLY INCOME /INGRESO BRUTO MENSUAL:	
Number of adult dependents living at home/Número de adultos (dependientes) en el hogar:		Number of children living at home/Número de niños en el hogar:	
Are you a one-parent family? Es Madre/Padre soltera(o)? Yes No Sí No			
Is your child under the care of Child Protective Services? Está su niño bajo el cuidado de los Servicios de Protección? Yes No Sí No			
Is your family homeless? Está su familia sin hogar? Yes No Sí No			

PLEASE COMPLETE OTHER SIDE / FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO

Are you or any member of your household receiving:

Usted o alguien en su familia recibe:

Child Support
Pension alimenticia

AFDC/TANF
Asistencia del Gobierno

CalWorks
CalWorks

MediCal
MediCal

Food Stamps
Estampillas de Comida

Unemployment
Desempleo

Healthy Families
Healthy Families

WIC
WIC

SSI
SSI

Other:
Otro:

Do you have other child(ren) enrolled in state-subsidized programs? Yes No Tiene otro niño(s) matriculados en otro programa del estado gratuito? Sí No

Siblings in the household: Hermanos(as) viviendo en el hogar:

Child's Name/ Nombre y Apellido Sex M F _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____
School & Program/Escuela y Programa

Child's Name/ Nombre y Apellido Sex M F _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____
School & Program/Escuela y Programa

Child's Name/ Nombre y Apellido Sex M F _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____
School & Program/Escuela y Programa

PRESCHOOL OF YOUR CHOICE:

Programa preescolar que desea que su niño(a) asista:

- EDISON
- FRANKLIN
- GRANT
- JOHN MUIR
- LINCOLN
- MCKINLEY
- PINE STREET
- WASHINGTON WEST
- WILL ROGERS

Parent/Guardian comments:

Notas del Padre/Tutor:

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE FIRMA DEL PADRE/TUTOR

DATE FECHA

OFFICE USE ONLY: FOLLOW UP NOTES

RECEIVED BY:

DATE OF DATA ENTRY:

ELIGIBILITY #