



¿Está usted solicitando asistencia financiera? NO _____ SÍ _____

Si marcó NO favor de llenar esta página de la forma solamente. ♦ Si marco SÍ favor de llenar las dos páginas de la forma.

NIÑOS SOLICITANDO PREESCOLAR:

- | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|---|---|---------------|-------------|
| 1. Nombre del niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento | / | / | Genéro: F / M | Grado _____ |
| 2. Nombre del niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento | / | / | Genéro: F / M | Grado _____ |
| 3. Nombre del niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento | / | / | Genéro: F / M | Grado _____ |

Nombre de la Madre/Guardián:

► _____

Fecha de Nacimiento: / /

Dirección de Casa: _____

Ciudad: Estado: Código Postal:

Correo electrónico: _____

Teléfono de Casa: () -

Teléfono de Celular: () -

Empleo/Escuela de la Madre/Guardián:

Dirección del trabajo ó escuela: _____

Teléfono del empleo: () -

Por favor marque todo lo que corresponda:

Idioma del niño(a): Inglés _____ Español _____ Otro _____

Raza del niño(a)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacifico | |

Nombre del Padre/Guardián:

► _____

Fecha de Nacimiento: / /

Dirección de Casa: _____

Ciudad: Estado: Código Postal:

Correo electrónico: _____

Teléfono de Casa: () -

Teléfono de Celular: () -

Empleo/Escuela del Padre/Guardián:

Dirección del trabajo ó escuela: _____

Teléfono del empleo: () -

Por favor marque todo lo que corresponda:

Idioma de los padres: Inglés _____ Español _____ Otro _____

Etnicidad del niño(a):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino |

► Tiene su niño(a) un IFSP o IEP (para educación especial)? Si _____ No _____ (Si marcó SÍ, incluya una copia del IFSP o IEP)

DEBE TENER TRES AÑOS ANTES DE 9/1

- Franklin
- John Adams
- John Muir
- Lincoln
- McKinley
- Washington West
- Will Rogers
- No he decidido
- Infant/Toddler Center (0-35 meses)

¿Que tipo de programa esta solicitando?

- Medio Tiempo (3 horas)
- Tiempo Completo
¿(Cuántas horas necesita?) _____

⇒ Por favor indique para cual año esta solicitado:

2020-21

2021-22

Firma del Padre/Guardián

Fecha

▶ LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SOLO POR FAMILIAS QUE ESTÁN SOLICITANDO ASISTENCIA FINANCIERA

Número de niños viviendo en el hogar: _____

¿Es usted una familia de un solo padre/madre? SI _____ NO _____

Ingreso bruto mensual de la madre (antes de deducciones): _____

Ingreso bruto mensual del padre (antes de deducciones): _____

¿Está usted ó algún miembro de su familia recibiendo los siguiente?

Manutención \$ _____ Desempleo \$ _____ TANF/CalWORKs \$ _____ Estampillas de Comida \$ _____

Medi-CAL Healthy Families SSI WIC

¿Está su familia sin hogar/sin techo? Sí _____ No _____

¿Está su niño(a) bajo el cuidado del Servicio y Protección al Menor? Sí _____ NO _____

¿Tiene usted otros niños matriculados en cualquier otro programa subsidiario del Estado?

NO _____ Sí _____ → Nombre del niño(a): _____ Escuela: _____

Por favor anote todos los niños(as) en el hogar:

Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Género: F /M	Escuela/Grado:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Género: F /M	Escuela/Grado:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Género: F /M	Escuela/Grado:

Comentarios:

Firma del Padre/Guardián

Fecha

<i>OFFICE USE ONLY:</i>
DATE RECEIVED: _____ ELIGIBILITY # _____