



¿Está usted solicitando asistencia financiera? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_

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

<b>NIÑOS SOLICITANDO PREESCOLAR:</b>	
1. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento _____ Género: F / M Grado _____
2. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento _____ Género: F / M Grado _____
3. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento _____ Género: F / M Grado _____
<b>Padre/Guardián 1</b> Nombre▶	<b>Padre/Guardián 2</b> Nombre▶
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Dirección de Casa:	Dirección de Casa:
Ciudad:                      Estado:                      Código Postal:	Ciudad:                      Estado:                      Código Postal:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Teléfono de Casa: (        )                      -	Teléfono de Casa: (        )                      -
Teléfono de Celular: (        )                      -	Teléfono de Celular: (        )                      -
<b>Empleo/Escuela de la Padre/Guardián 1:</b> Dirección del trabajo ó escuela:	<b>Empleo/Escuela del Padre/Guardián 2:</b> Dirección del trabajo ó escuela:
Teléfono del empleo: (        )                      -	Teléfono del empleo: (        )                      -
<b>Por favor marque todo lo que corresponda:</b> Idioma del niño(a): Inglés _____ Español _____ Otro _____	<b>Por favor marque todo lo que corresponda:</b> Idioma de los padres: Inglés _____ Español _____ Otro _____
<b>Raza del niño(a)</b> <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	<b>Etnicidad del niño(a):</b> <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)

<b><u>DEBE TENER TRES AÑOS ANTES DE 9/1</u></b> <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> John Adams <input type="checkbox"/> John Muir <input type="checkbox"/> Lincoln <input type="checkbox"/> McKinley <input type="checkbox"/> Washington West <input type="checkbox"/> Will Rogers <input type="checkbox"/> No he decidido <input type="checkbox"/> Infant/Toddler Center (0-35 meses)	<b><u>¿Que tipo de programa esta solicitando?</u></b> <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (3 horas) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo ¿(Cuañtas horas necesita?) _____  ↔ Por favor indique para cual año esta solicitado: <input type="checkbox"/> 2022-23                      2023-24
--	---

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 del Padre/Guardián 1 (antes de deducciones):** \_\_\_\_\_

**Ingreso bruto mensual del Padre/Guardián 2 (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 # _____