



¿Esta usted solicitando asistencia financiera? **NO** _____ **SÍ** _____

Si marcó NO favor de llenar esta pagina de la forma solamente. ♦ Si marco SI por favor de llenar las dos páginas de la forma.

NIÑOS QUE NECESITAN EL PROGRAMA DE EDAD ESCOLAR:	
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 _____
Nombre del Padre/Guardian # 1: ▶ _____	Nombre del Padre/Guardian # 2: ▶ _____
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 (_____) _____ - _____
Empleo/Escuela de la Madre/Guardián: _____	Empleo/Escuela del Padre/Guardián: _____
Dirección del trabajo ó escuela: _____	Dirección del trabajo ó escuela: _____
Teléfono del empleo: (_____) _____ - _____	Teléfono del empleo: (_____) _____ - _____
Por favor marque todo lo que corresponda: Idioma del niño(a): Inglés _____ Español _____ Otro _____	Por favor marque todo lo que corresponda: Idioma de los padres: 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	Etnicidad del niño(a): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino

▶ **Tiene su niño(a) un IFSP ó IEP (para educación especial)?** Si _____ No _____ (Si marco SI, incluya una copia del IFSP o IEP)

▶ **Èsta aplicando para un permiso escolar de SMMUSD?** Si _____ No _____ Tipo de permiso: INTRA o INTER
Si èsta aplicando para un permiso escolar INTRA cual es la escuela que le pertenece de acuerdo con su direccion: _____

<p><u>Por favor marque la escuela que su niño(a) va asistir:</u></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edison</td> <td><input type="checkbox"/> Roosevelt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Franklin</td> <td><input type="checkbox"/> SMASH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grant</td> <td><input type="checkbox"/> Will Rogers</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> John Muir</td> <td><input type="checkbox"/> No he decidido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> McKinley</td> <td></td> </tr> </table> <p>⇒ Por favor indique el año que esta solicitado: <input type="checkbox"/> 2022-23 <input type="checkbox"/> 2023-24 <input type="checkbox"/> 2024-25</p>	<input type="checkbox"/> Edison	<input type="checkbox"/> Roosevelt	<input type="checkbox"/> Franklin	<input type="checkbox"/> SMASH	<input type="checkbox"/> Grant	<input type="checkbox"/> Will Rogers	<input type="checkbox"/> John Muir	<input type="checkbox"/> No he decidido	<input type="checkbox"/> McKinley		<p>¿QUE PROGRAMA ESTA SOLICITANDO?</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Completo (antes y despues de la escuela) (De 7:00 a.m. hasta que comiensen las classes y despues de escuela hasta las 6:00 p.m.)</p> <p><input type="checkbox"/> Mañanas solamente (7:00 a.m. hasta que comiense la escuela)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo Espresso (TK y Kinder Solamente) (Hasta el ultimo sonido de campana)</p>
<input type="checkbox"/> Edison	<input type="checkbox"/> Roosevelt										
<input type="checkbox"/> Franklin	<input type="checkbox"/> SMASH										
<input type="checkbox"/> Grant	<input type="checkbox"/> Will Rogers										
<input type="checkbox"/> John Muir	<input type="checkbox"/> No he decidido										
<input type="checkbox"/> McKinley											

Firma del padre/guardian: _____ 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? SI _____ No _____

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

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

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

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

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

Comentarios:

_____.

Firma del Padre/Guardián

Fecha