

SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT—Child Development Services

2828 Fourth Street, Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 396-1618

Lista de Espera para Preescolar

WWW.SMMUSD.ORG



¿Está solicitando asistencia financiera? NO _____ SÍ _____

Si marcó SÍ, por favor llene ambas páginas del formulario. ♦ Si marcó NO, por favor llene esta página SOLAMENTE.

NIÑOS QUE NECESITAN PREESCOLAR:	
1. Nombre del Niño(a): _____	Fecha de Nacimiento: _____ Sexo F M Grado _____
2. Nombre del Niño(a): _____	Fecha de Nacimiento: _____ Sexo F M Grado _____
3. Nombre del Niño(a): _____	Fecha de Nacimiento: _____ Sexo F M Grado _____
Nombre del Padre/Tutor 1: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección del Hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Número de Celular: _____	Nombre del Padre/Tutor 2: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección del Hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Número de Celular: _____
Empleador/Escuela del Padre/Tutor 1: _____ Dirección de Trabajo/Escuela: _____ Teléfono de Trabajo/Escuela: _____	Empleador/Escuela del Padre/Tutor 2: _____ Dirección de Trabajo/Escuela: _____ Teléfono de Trabajo/Escuela: _____

Lengua Materna Primaria del Niño: Inglés _____ Español _____ Otro _____	Lengua Materna Primaria del Padre/ Madre: Inglés _____ Español _____ Otro _____
Raza del Niño(a): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otro Isleño del Pacífico	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)? Sí _____ No _____ (Si es Sí Adjunte una copia del IFSP/ IEP)

<input type="checkbox"/> Centro para Bebés/ Niños Pequeños (0 -35 meses) Debe cumplir 3 años de edad para el 9/1 <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> Washington West <input type="checkbox"/> John Adams <input type="checkbox"/> Will Rogers <input type="checkbox"/> Lincoln <input type="checkbox"/> Indeciso <input type="checkbox"/> McKinley	<p style="text-align: center;"><u>Tipo de Preescolar que solicita:</u></p> <input type="checkbox"/> Día Parcial (3 horas) <input type="checkbox"/> Día Completo (Horas que necesita _____) ⇨ Por favor marque √ el año escolar que solicita: <input type="checkbox"/> 2023-24 <input type="checkbox"/> 2024-25
--	--

Firma del Padre/ Tutor

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 padre/madre soltero(a)? SÍ _____ NO _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 1: _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 2: _____

¿Está usted o alguien de su familia recibiendo:

- Manutención de Menores \$ _____
 Desempleo \$ _____
 TANF/Cal WORKs \$ _____
 Medi-CAL
 Cal Fresh/Estampillas de Comida \$ _____
 Healthy Families
 SSI

¿Está su familia sin hogar? SÍ _____ NO _____

¿Está su niño bajo el cuidado de Servicios de Protección Infantil? SÍ _____ NO _____

¿Tiene otros niños inscritos en algún programa subsidiado por el estado con SMMUSD?

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

Por favor anote a continuación todos los hermanos en el hogar (no los que están solicitando preescolar o cuidado de niños):

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:

Comentarios:

_____.

Firma del Padre /Tutor

Fecha

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

FECHA RECIBIDO: _____ **ELIGIBILIDAD#:** _____