

Division of Early Learning Services
Head Start/Preschool Programs
Children Family Services

Please Print Legibly Using Black Or Blue Ink

Office Use Only
CPID No.: _____
IP ID No.: _____

Applicant (Child) Information as Listed on Birth Certificate

First Name:	Middle:	Last Name:	Gender: Male Female	Birth Date: / /
Which program are you applying for? Head Start State Preschool		Child's Primary Language: English Spanish Other: _____		
Which site are you applying for?		Child's Ethnicity (Hispanic Origin): Yes or No	Please List Child's Race:	
Does the applicant have a current IEP or IFSP? Yes No		WIC? Yes No SNAP/Food Stamps? Yes No TANF? Yes No Formerly Case #: _____		
Is the applicant currently in 24-hour foster care? Yes No		If YES, do you have Education Rights for child? Yes No		
Does applicant have special health needs, medical conditions, or allergies? Yes No If YES, please explain:				

Family Information

Primary Parent/Guardian/Caregiver:	Birth Date: / /	Cell Phone:	E-mail Address:
Secondary Parent/Guardian/Caregiver:	Birth Date: / /	Cell Phone:	E-mail Address:
Primary Phone #:		Home Phone #:	
Do you authorize the program to send you important program information and notices through either of the following:			
Text Message: Yes No		E-mail: Yes No	
Living Address:		City/Zip:	
Mailing Address (if different from Living Address):		City/Zip:	
Has applicant experienced recent loss of housing? Yes No If YES, please describe current living arrangement:			
Parent(s)/Guardian(s) in the Home: One Parent Two Parents		Are you experiencing a crisis at the moment?	
Preferred Language Spoken at Home: English Spanish Other: _____		Medical Insurance? Yes No If YES, please list:	
Do you have an open CPS case? Yes No		Preferred Language of Written Material: English Spanish	
Family member at home with a permanent disability? Yes No		Incarcerated or terminally ill parent(s)? Yes No	

List all other family members living in the household for whom you provide financial support NOT LISTED ABOVE

First Name:	Last Name:	Birth Date:	Relationship to Primary Parent:	Primary Language:	School Site:
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

Total number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support:

AN INCOMPLETE APPLICATION WILL DELAY ENROLLMENT

Applicant's Name: _____

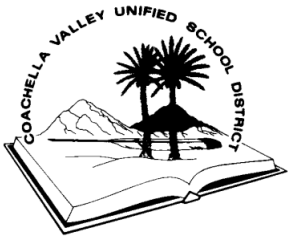
Birth Date: _____

Primary Guardian	
Name:	Lives with Applicant: Yes No
Relationship to Applicant:	Has Custody of Applicant? Yes No
Marital Status: Married Divorced Separated Single Widowed	
Primary Language: English Spanish Other:	
Race: American Indian/Alaska Native Asian African American/Black White Native Hawaiian/Pacific Islander Bi/Multi-racial Other: _____ Hispanic, Latino or Spanish Origin: Yes No	
Highest Grade Completed (<i>Circle One</i>): College Degree/Training Certificate Junior College (A.A. or B.S.) Grade 9 or Less Grade 10 Grade 11 Grade 12 High School Graduate GED College/University (B.A. or B.S.) Technical or Trade Certificate Graduate (M.A., M.S. Doctorate)	
Other Income	
In the past 12 months have you received any of the following? (circle all that apply): CalWORKs "Cash Aid" – Case #: _____ Supplemental Security Income (SSI) Alimony/Child Support Other:	
Employment Status	
Full Time 25+ hrs. Time and Training Part Time under 25 hrs. Training or School Unemployed Seeking Employment Stay at Home Parent	Full Time 35+ hrs. Full Part Time and Training Part Time under 35 hrs. Seasonally Employed Retired Disabled
School or Training Information	
Are you in school or vocational/job training?	Yes No
School Name:	
Total School /Training Hours Per Week:	
Are you an employee of CVUSD?	Yes No
Are you related to a CVUSD employee?	Yes No

Secondary Guardian	
Name:	Lives with Applicant: Yes No
Relationship to Applicant:	Has Custody of Applicant? Yes No
Marital Status: Married Divorced Separated Single Widowed	
Primary Language: English Spanish Other:	
Race: American Indian/Alaska Native Asian African American/Black White Native Hawaiian/Pacific Islander Bi/Multi-racial Other: _____ Hispanic, Latino or Spanish Origin: Yes No	
Highest Grade Completed (<i>Circle One</i>): College Degree/Training Certificate Junior College (A.A. or B.S.) Grade 9 or Less Grade 10 Grade 11 Grade 12 High School Graduate GED College/University (B.A. or B.S.) Technical or Trade Certificate Graduate (M.A., M.S. Doctorate)	
Other Income	
In the past 12 months have you received any of the following? (circle all that apply): CalWORKs "Cash Aid" – Case #: _____ Supplemental Security Income (SSI) Alimony/Child Support Other:	
Employment Status	
Full Time 25+ hrs. Time and Training Part Time under 25 hrs. Training or School Unemployed Seeking Employment Stay at Home Parent	Full Time 35+ hrs. Full Part Time and Training Part Time under 35 hrs. Seasonally Employed Retired Disabled
School or Training Information	
Are you in school or vocational/job training?	Yes No
School Name:	
Total School /Training Hours Per Week:	
Are you an employee of CVUSD?	Yes No
Are you related to a CVUSD employee?	Yes No

I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, home address, employment, or reason for needing childcare services.

Parent/Guardian/Caregiver Signature: _____ Date: _____



Division of Early Learning Services
 Head Start/Preschool Programs
Children Family Services

Llenar con letra de molde con tinta azul o negra solamente.

Office Use Only	
CPID No.:	_____
IP ID No.:	_____

Información del solicitante (niño) como aparece en la Acta de Nacimiento				
Nombre: (First)	Segundo nombre:(Middle)	Apellido: (Last)	Género: (Gender) M F	Fec. Nac.: / / Mes Día Año
¿Qué programa está solicitando? Head Start State Preschool		Idioma principal del niño: Inglés Español Otro: _____		
¿Qué sitio está solicitando?		Etnicidad del niño (origen hispano): Sí No		Por favor, indique la raza del niño:
¿Tiene el solicitante un IEP o IFSP actual? (Has IEP) Sí No		WIC? Sí No SNAP/Estampillas? Sí No TANF? Sí No Anteriormente Case #: _____		
¿Vive actualmente el solicitante en hogar de crianza? (Foster Care)		Sí No		
Si la respuesta es SÍ, ¿tiene usted los derechos educativos? (Ed. Rights)		Sí No		
¿Tiene el solicitante necesidades especiales de salud, condiciones médicas o alergias? (Health/Medical/Allergies)		Sí No		
Si la respuesta es Sí, favor de explicar. (Explain)				

Información de la familia			
Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado principal: (Primary)	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular: (Cell)	Correo electrónico:(E-mail)
Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado secundario: (Secondary)	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular: (Cell)	Correo electrónico:(E-mail)
Teléfono principal: (Primary)		Teléfono de casa: (Home)	
¿Autoriza al programa a enviarle información y avisos importantes? (Authorization to send info)			
Por mensaje de texto: (text) Sí No		Por correo electrónico: (Email) Sí No	
Dirección de casa: (Home address)		Ciudad y zona postal: (City, ZIP)	
Domicilio de correo (si es diferente a la dirección de casa): (Mail address)		Ciudad y zona postal: (City, ZIP)	
¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? (Housing loss)		Sí No	
Si la respuesta es Sí, por favor describa su situación actual. (Current arrangements)			
Padres o tutores en el hogar: (Parents in home) Madre Padre Pareja de padres/tutores(Two)		¿Está padeciendo una crisis en este momento?	
Idioma materno hablado en casa: (Home Language) Inglés Español Otro: _____		Idioma en el cual se prefiere el material escrito: (Preferred) Inglés Español	
¿Tiene un caso abierto con la CPS? (CPS case) Sí No		¿Seguro médico? Sí No Si la respuesta es SÍ, por favor anote:	
¿Hay algún miembro en el hogar con una discapacidad permanente? (Disability in family) Sí No		¿Están el padre y/o la madre encarcelados o desahuciados? Sí No (Incarcerated/Terminal Illness)	

Anote todos los demás parientes NO ANTES ANOTADOS que viven en el hogar a quienes usted da ayuda financiera

Nombre: (First)	Apellido: (Last)	Fec. Nac.: Mes Día Año	Relación con el Padre Principal	Idioma Principal	Escuela
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

Cantidad total de personas que viven en el hogar (incluyéndose usted) a quienes apoya económicamente:
 (Family Size)

UNA SOLICITUD INCOMPLETA RETRASA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN.

Nombre del solicitante: _____

Fec. Nac.: _____

Tutor principal (Primary)	
Nombre: <i>(Name)</i>	Vive con el solicitante: <i>(Livesw/child)</i> Sí No
Parentesco con el solicitante: <i>(Relationship)</i>	Con custodia legal del solicitante: <i>(Custody)</i> Sí No
Estado marital: <i>(Marital status)</i> Casado Divorciado Separado Soltero Viudo	
Idioma Primario: Inglés Español Otro:	
Raza: Amerindio/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano/Negro Bi/multiracial Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Blanco Otro: _____ Hispano, latino o de origen hispano: Sí No	
Mayor grado de escolaridad: (circule uno) Título Universitario/Certificado de Entrenamiento Colegio Intermedio (A.A. o B.S.) Grado 9 o menos Grado 10 Grado 11 Grado 12 Graduado de la Escuela Preparatoria GED Colegio/Universidad (Bachillerato o Bachillerato en Ciencias) Certificado técnico o comercial Graduado (Maestría, Maestría en Ciencias, Doctorado)	
Otros Ingresos	
En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios? <i>(circule todo lo que aplique):</i> Asistencia Monetaria (Cash Aid) CalWORKs? # de Caso: _____ Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)? Manutención/Manutención de menores? Otro?	
Empleo	
Tiempo Completo 25+ hrs.	Tiempo Completo 35+ hrs.
Tiempo Completo y Entrenamiento	Tiempo Parcial y Entrenamiento
Tiempo parcial menos de 25 hrs.	Tiempo parcial menos de 35 hrs.
Entrenamiento o Escuela	Empleado Temporal
Desempleado	Retirado
Búsqueda de empleo	Discapacitado
Ama/ Amo de Casa	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? Sí No	
Nombre de la escuela: <i>(Name)</i>	
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: <i>(Units/Hours)</i>	
¿Es empleado de CVUSD? Sí No	
¿Es pariente de algún empleado de CVUSD? Sí No	

Tutor secundario (Secondary)	
Nombre: <i>(Name)</i>	Vive con el solicitante: <i>(Livesw/child)</i> Sí No
Parentesco con el solicitante: <i>(Relationship)</i>	Con custodia legal del solicitante: <i>(Custody)</i> Sí No
Estado marital: <i>(Marital status)</i> Casado Divorciado Separado Soltero Viudo	
Idioma Primario: Inglés Español Otro:	
Raza: Amerindio/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano/Negro Bi/multiracial Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Blanco Otro: _____ Hispano, latino o de origen hispano: Sí No	
Mayor grado de escolaridad: (circule uno) Título Universitario/Certificado de Entrenamiento Colegio Intermedio (A.A. o B.S.) Grado 9 o menos Grado 10 Grado 11 Grado 12 Graduado de la Escuela Preparatoria GED Colegio/Universidad (Bachillerato o Bachillerato en Ciencias) Certificado técnico o comercial Graduado (Maestría, Maestría en Ciencias, Doctorado)	
Otros Ingresos	
En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios? <i>(circule todo lo que aplique):</i> Asistencia Monetaria (Cash Aid) CalWORKs? # de Caso: _____ Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)? Manutención/Manutención de menores? Otro?	
Empleo	
Tiempo Completo 25+ hrs.	Tiempo Completo 35+ hrs.
Tiempo Completo y Entrenamiento	Tiempo Parcial y Entrenamiento
Tiempo parcial menos de 25 hrs.	Tiempo parcial menos de 35 hrs.
Entrenamiento o Escuela	Empleado Temporal
Desempleado	Retirado
Búsqueda de empleo	Discapacitado
Ama/ Amo de Casa	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? Sí No	
Nombre de la escuela: <i>(Name)</i>	
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: <i>(Units/Hours)</i>	
¿Es empleado de CVUSD? Sí No	
¿Es pariente de algún empleado de CVUSD? Sí No	

Certifico que los datos en esta solicitud son verdaderos y completos conforme mi mejor conocimiento. Entiendo que si presento datos incorrectos puedo provocar el rechazo de esta solicitud o dar por terminados los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, composición familiar, dirección, empleo o motivos por los cuales son necesarios los servicios de cuidado infantil.

Firma de padre, tutor o proveedor de cuidado: _____ Fecha: _____