

**Preescolar del Distrito Escolar de Hawthorne –  
Programa Preescolar del Estado de California  
Aplicación de Elegibilidad/Lista de Espera**

Esta aplicación de elegibilidad no garantiza la ubicación de su niño en el programa preescolar.  
Los niños deben tener 3 o 4 años de edad y estar completamente entrenados para ir al baño antes del 1 de septiembre del año escolar.

<b>Información del Niño</b>	
<b>Primer Nombre del Niño:</b>	<b>Apellido del Niño:</b>
Fecha de Nacimiento:	Edad del Niño:
Género del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma Principal del Niño:
¿Su niño tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tamaño de Familia: (Padres + Niños en el Hogar) =	

<b>Información de Hermanos</b>			
Nombre de Hermanos	Fecha de Nacimiento	Género	Escuela y Grado

<b>Domicilio de Hogar</b>		
Domicilio	Ciudad	Estado y Código Postal

<b>Información de Padres o Guardianes</b>	
<b>Padre A</b>	<b>Padre B</b>
Primer Nombre del Padre:	Primer Nombre del Padre:
Apellido del Padre:	Apellido del Padre:
Relación con el Niño	Relación con el Niño
Teléfono Celular:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Nivel más alto de educación:	Nivel más alto de educación:
Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de Pago: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque	Tipo de Pago: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque
Pago Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	Pago Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal
Ingreso en Bruto (No Neto): \$	Ingreso en Bruto (No Neto): \$
<b>Proporcione un (1) mes del mes más reciente de ingresos consecutivos para cada miembro del hogar.</b>	

<b>Otro Apoyo de Ingresos para Padre A</b>		<b>Otro Apoyo de Ingresos para Padre B</b>	
Discapacidad/Desempleo	\$	Discapacidad/Desempleo	\$
Manutención de Niño/Apoyo Conyugal	\$	Manutención de Niño/Apoyo Conyugal	\$
CalWORKS/Otros Programas de Asistencia de gobierno	\$	CalWORKS/Otros Programas de Asistencia de gobierno	\$

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>For Office Use Only:</b>		
Family Size:	Income Reviewed:	Countable Income: \$
Follow-Up Date & Comments:		Rank #