

# **Bienvenidos a Hamilton High State Preschool**

P.O. Box 488  
290 Sixth Street (Hwy 32 & Los Robles)  
Hamilton City, CA  
826-0341

Puede quedarse a observar  
para decidir si el programa  
es apto para su niño/a y su  
familia.

## Aplicacion para Hamilton High State Preschool

**Primer Padre/ Guardian (A):**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Domicilio donde recibe su correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codico Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero telefonico de casa: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Numero del celular: \_\_\_\_\_  
 Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Habla ingles? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Second Parent/Guardian (B):**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: : \_\_\_\_\_  
 Domicilio donde recibe su correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codico Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero Telefonico de casa: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono del celular: \_\_\_\_\_  
 Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Habla ingles? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Informacion de ingresos:**

Ingreso del mes:	Padre (A)	Padre (B)
<b>Ingresos en Bruto</b>		
CalWORKS Cash Aid or TANF:		
Sostenimiento monetario		
otro ingreso: Seguro social, desempleo, incapacidad		

Ingresos en Bruto mensual para toda la Familia: \_\_\_\_\_

Ingresos Annual para toda la familia: \_\_\_\_\_

**Informacion del nino:** Apunte todos los ninos que viven en casa.

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento	Genero M/F	Habla Ingles?	Incapacitado?	Relacion? Padre, guadian?

Al firmar, yo declaro que la informacion mencionada es correcto y verdadero a mi conocimiento. Actualizare la aplicacion con cualquier cambio en ingreso, domicilio, telefono, empleo. Y numero de personas en la familia. Yo entiendo que si despues de 1 ano no actualizo la aplicacion, sera retirada de la lista.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_