

South San Francisco Unified School District
Child Development Program
Aplicación De Espera Para Servicios Subsidiados

Dirección de casa: _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de integrantes en la familia _____ (Numero de adultos y niños relacionados por sangre, matrimonio, o adopción que viven en la casa)

Padre/Guardián A

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel. de casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. de Trabajo: _____

Su relación con los niños: _____ Estado Civil: _____

Lenguaje Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro
Recibe o recibió CALWORKS/Welfare ☐ Si ☐ No Si aplica, fecha de terminación: _____

Ingresos mensuales antes de deducciones(al momento de matriculación en el programa, usted tendrá que comprobar sus ingresos)
Ingresos de trabajo: \$ _____ Cada cuanto recibe esta cantidad? _____ Horas por semana: _____

Si aplica, por favor escriba la cantidad mensual para los próximos tipos de ingresos:

Discapacidad o desempleo: _____ Manutención de niños: _____ Asistencia con dinero en efectivo: _____

Beneficios de sobreviviente o retiro: _____ Manutención de esposos: _____

Compensación de trabajo.: _____ Otra:(describa) _____

(Padres Substitutos y Guardianes Legales que no son los padres: por favor proveer el total de Asistencia Publica, Mantención de niño, o cualquier otro tipo de ingreso que reciben los niños mensualmente: no incluya sus ingresos personales)

Razón por la que necesita el cuidado:

☐ Trabajando ☐ En programa de escuela/entrenamiento vocacional, nombre del programa: _____

☐ Buscando empleo activamente ☐ Buscando vivienda permanente ☐ Incapacidad

☐ Departamento de Protección al menor referencia de "riesgo" (Anexe documentación)

Padre/Guardián B

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel. de casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. de Trabajo: _____

Su relación con los niños: _____ Estado Civil: _____

Lenguaje Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro
Recibe o recibió CALWORKS/Welfare ☐ Si ☐ No Si aplica, fecha de terminación: _____

Ingresos mensuales antes de deducciones(al momento de matriculación en el programa, usted tendrá que comprobar sus ingresos)
Ingresos de trabajo: \$ _____ Cada cuanto recibe esta cantidad? _____ Horas por semana: _____

Si aplica, por favor escriba la cantidad mensual para los próximos tipos de ingresos:

Discapacidad o desempleo: _____ Manutención de niños: _____ Asistencia con dinero en efectivo: _____

Beneficios de sobreviviente o retiro: _____ Manutención de esposos: _____

Compensación de trabajo.: _____ Otra:(describa) _____

(Padres Substitutos y Guardianes Legales que no son los padres: por favor proveer el total de Asistencia Publica, Mantención de niño, o cualquier otro tipo de ingreso que reciben los niños mensualmente: no incluya sus ingresos personales)

Razón por la que necesita el cuidado:

☐ Trabajando ☐ En programa de escuela/entrenamiento vocacional, nombre del programa: _____

☐ Buscando empleo activamente ☐ Buscando vivienda permanente ☐ Incapacidad

☐ Departamento de Protección al menor referencia de "riesgo" (Anexe documentación)

OFFICE USE ONLY: RANK NO. _____ DATE: _____ STAFF INITIALS: _____ Revised 04-07-22

Comments/Notes: _____

Child Development Program
Aplicación De Espera Para Servicios Subsidiados

Niño/a 1:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Está el niño/a temporalmente con otra familia (Niño/a Foster)? ☐ Si ☐ No

¿Tiene este niño/a hermanos inscritos en un programa de cuidado de niños subsidiado? ☐ Si ☐ No

¿Tiene un plan de IEP/FSP? ☐ Si ☐ No

¿Está actualmente este niño en un programa subsidiado? ☐ Si ☐ No

¿Qué clase de Programa/Horario?

Escuela

- ☐ Children's Center – Programa Preescolar de medio día (3 Horas/8:30 AM – 11:30 AM)
☐ Children's Center – Programa Preescolar de 6 Horas (9:00 AM – 12:00 PM/12:00 PM -3:00 PM)
☐ Children's Center – Programa Preescolar de tiempo completo
☐ Children's Center – Programa Edad Escolar de antes y después de la escuela (solo la escuela primaria Spruce) Grado _____

☐ Martin Elementary School – Programa Preescolar de medio día ☐ AM (8:30 AM -11:30 AM)
☐ PM (12:00 PM -3:00 PM)

Niño/a 2:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Está el niño/a temporalmente con otra familia (Niño/a Foster)? ☐ Si ☐ No

¿Tiene este niño/a hermanos inscritos en un programa de cuidado de niños subsidiado? ☐ Si ☐ No

¿Tiene un plan de IEP/FSP? ☐ Si ☐ No

¿Está actualmente este niño en un programa subsidiado? ☐ Si ☐ No

¿Qué clase de Programa/Horario?

Escuela

- ☐ Children's Center – Programa Preescolar de medio día (3 Hours/8:30 AM – 11:30 AM)
☐ Children's Center – Programa Preescolar de 6 Horas (9:00 AM – 12:00 PM/12:00 PM -3:00 PM)
☐ Children's Center – Programa Preescolar de tiempo completo
☐ Children's Center – Programa Edad Escolar de antes y después de la escuela (solo la escuela primaria Spruce) Grado _____

☐ Martin Elementary School – Programa Preescolar de medio día ☐ AM (8:30 AM -11:30 AM)
☐ PM (12:00 PM -3:00 PM)

La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Yo entiendo que esto no es una aplicación de inscripción y el espacio para servicio subsidiado son ofrecidos basados en el rango. (Numero de personas en la familia y el salario) de el Departamento de Educación, División del Desarrollo del niño. Yo entiendo que documentación adicional será requerida para verificar la información y la elegibilidad.

Esta aplicación no garantiza la inscripción en el Programa de Desarrollo del Niño del Distrito de Sur San Francisco.

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma: _____ Fecha: _____