

Para uso de la oficina solamente, Rango #: \_\_\_\_\_

## Aplicación para Elegibilidad Centro de Desarrollo Infantil Turnbull

Oficina: **715B Indian Ave San Mateo, CA 94401**  
650-638-2904 | 650 312-7803 | [cspenrollment@smfcsd.net](mailto:cspenrollment@smfcsd.net)

### INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Nombre del niño A \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del niño B \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Idioma del niño \_\_\_\_\_

¿Este niño está actualmente matriculado en otro preescolar? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Es este niño adoptado? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Es este niño independiente para ir al baño? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tiene este niño un CPS activo o está en riesgo de ser referido por un profesional? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tiene este niño un IEP (Plan de Educación Individualizado)? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### RAZA Y ETNIA:

a) ¿El niño es hispano o latino? \_\_\_\_ Sí, hispano o latino \_\_\_\_ No, no hispano ó latino

b) ¿Cuál es la raza de su hijo? \_\_\_\_ Nativo americano \_\_\_\_ Chino \_\_\_\_ Japonés \_\_\_\_ Coreano \_\_\_\_ Otro asiático

\_\_\_\_ Negro o afroamericano \_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_ Filipino \_\_\_\_ Hawaiano \_\_\_\_ Samoano \_\_\_\_ Otro isleño del Pacífico

### MADRE/TUTOR A:

Nombre \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Apt. Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

### Por favor marque todos los que apliquen:

\_\_\_\_ Trabaja \_\_\_\_ Programa de capacitación vocacional \_\_\_\_ Universidad/otro \_\_\_\_ No tiene vivienda

\_\_\_\_ Buscar empleo \_\_\_\_ Se queda en casa \_\_\_\_ Incapacitación/Discapacidad \_\_\_\_ Buscando vivienda permanente

Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual bruto (antes de impuestos/deducciones) \_\_\_\_\_

### Si recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos, incluya el monto mensual recibido:

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_ Incapacidad o Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Manutención del cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Asistencia monetaria (CalWORKs o TANF): \$ \_\_\_\_\_ Compensación laboral: \$ \_\_\_\_\_

Subsidio de vivienda: \$ \_\_\_\_\_ Jubilación o SSA: \$ \_\_\_\_\_ Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR B:**

Nombre \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Apt. Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

**Por favor marque todos los que apliquen:**☐ Trabaja ☐ Programa de capacitación vocacional ☐ Universidad/ Otro ☐ No tiene vivienda☐ Busca empleo ☐ Se queda en casa ☐ Incapacitación/ Discapacidad ☐ Busca vivienda permanente

Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual bruto (antes de impuestos/deducciones): \_\_\_\_\_

**Si recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos, incluya el monto mensual recibido.**

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_ Incapacidad o Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Manutención del cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Asistencia monetaria (CalWORKs o TANF): \$ \_\_\_\_\_ Compensación laboral: \_\_\_\_\_

Subsidio de vivienda: \$ \_\_\_\_\_ Jubilación o SSA: \$ \_\_\_\_\_ Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_

**Por favor, seleccione 3 programas de su preferencia:**

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Fiesta Gardens Spanish Immersion</b><br>(10 meses de 8:30am-3:00pm)<br>715B Indian Ave. San Mateo, CA 94403 | <input type="checkbox"/> <b>Cottage Grove</b> ( 10 Meses de 8:30am -12:30pm)<br><input type="checkbox"/> <b>Cottage Grove</b> ( 12 Meses de 8:30am - 4:30pm)<br>949 Ocean Ave., San Mateo, CA 94401 |
| <input type="checkbox"/> <b>Foster City</b> (10 meses de 8:30am-3:00pm)<br>461 Beach Park Blvd. Foster City, CA 94404                   | <input type="checkbox"/> <b>San Mateo Park</b> (12 meses de 8:30am-4:30pm)<br>161 Clark Dr., San Mateo, CA 94402                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>George Hall</b> (10 meses de 8:30am-3:00pm)<br>130 San Miguel Way, San Mateo, CA 94403                      | <input type="checkbox"/> <b>Sunnybrae</b> (12 meses de 8:30am-4:30pm)<br>1031 S. Delaware St., San Mateo, CA 94402                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Laurel</b> (12 meses de 8:30am-4:30pm)<br>316 36th Ave., San Mateo, CA 94403                                | <input type="checkbox"/> <b>Turnbull</b> (10 meses de 8:30am-4:30pm)<br><input type="checkbox"/> <b>Turnbull</b> (12 meses de 8:30am-4:30pm)<br>715B Indian Ave., San Mateo, CA 94401               |

Opción #1 \_\_\_\_\_ Opción #2 \_\_\_\_\_ Opción #3 \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información proporcionada anteriormente es exacta y verdadera.  
(Nombre Padre/Madre/Guardián)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Llamada por: \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_