



SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT—Child Development Services
2828 Fourth Street, Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 396-1618 Solicitud

Solicitud para ITC y Preescolar
WWW.SMMUSD.ORG

¿Está solicitando asistencia financiera? NO SÍ

Si marcó SÍ, por favor llene ambas páginas del formulario. ♦ Si marcó NO, por favor llene esta página SOLAMENTE.

NIÑOS QUE NECESITAN PREESCOLAR:

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------|--|-------------|
| 1. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo ☐ F ☐ M | Grado _____ |
| 2. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo ☐ F ☐ M | Grado _____ |
| 3. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo ☐ F ☐ M | Grado _____ |

Nombre del Padre/Tutor 1:

► _____
Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Nombre del Padre/Tutor 2:

► _____
Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Empleador/Escuela del Padre/Tutor 1:

Dirección de Trabajo/Escuela: _____

Teléfono de Trabajo/Escuela: _____

Empleador/Escuela del Padre/Tutor 2:

Dirección de Trabajo/Escuela: _____

Teléfono de Trabajo/Escuela: _____

Lengua Materna Primaria del Niño:

Inglés ____ Español ____ Otro _____

Lengua Materna Primaria del Padre/ Madre:

Inglés ____ Español ____ Otro _____

Raza del Niño(a):

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco
☐ Nativo de Hawaii u Otro Isleño del Pacífico

Etnicidad del Niño(a):

- ☐ Hispano o Latino
☐ NO Hispano o Latino

► **¿Tiene su niño(a) un IFSP o IEP (para Educación Especial)? SÍ No (Si es SÍ Adjunte una copia del IFSP/ IEP)**

☐ Centro para Bebés/ Niños Pequeños (0 -35 meses)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ John Adams | ☐ Washington West |
| ☐ Lincoln | ☐ Indeciso |
| ☐ McKinley | |

Tipo de Preescolar que solicita:

- ☐ Día Parcial (3 horas)
☐ Día Completo (Horas que necesita _____)

⇒ **Por favor marque √ el año escolar que solicita:**

☐ 2026-27 ☐ 2027-28

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

► **LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SOLO POR FAMILIAS QUE ESTÁN SOLICITANDO ASISTENCIA FINANCIERA**

Número de niños viviendo en el hogar: _____

¿Es usted una familia de padre/madre soltero(a)? SÍ _____ NO _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 1: _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 2: _____

¿Está usted o alguien de su familia recibiendo:

☐ Manutención de Menores \$ _____ ☐ Desempleo \$ _____ ☐ TANF/Cal WORKs \$ _____ ☐ Medi-CAL

☐ Cal Fresh/Estampillas de Comida ☐ Healthy Families ☐ SSI ☐ WIC

\$ _____

☐ Otros Ingresos _____ Por favor especifique: _____

¿Está su familia sin hogar? SÍ _____ NO _____

¿Está su niño bajo el cuidado de Servicios de Protección Infantil? SÍ _____ NO _____

¿Tiene otros niños inscritos en algún programa subsidiado por el estado con SMMUSD?

NO _____ SÍ _____ → Nombre del niño(a): _____ Escuela: _____

Por favor anote a continuación todos los hermanos en el hogar (no los que están solicitando preescolar o cuidado de niños):

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:

Comentarios:

_____.

Firma del Padre /Tutor

Fecha

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

FECHA RECIBIDO: _____ **ELIGIBILIDAD#:** _____