

CVUSD State Preschool Preliminary Application

Choice of Preschool Location: Sessions are Monday through Friday

Maple University AM City Center AM City Center PM City Center Full Day

Returning State Preschool Child? Yes No Is your child toilet trained? Yes No

APPLICANT CHILD: First Name _____ **Last Name** _____
Date of Birth _____ **Sex: F** **M** **Language (s) Spoken** _____
Has your child been screened for speech or other developmental issues? _____
Does your child have an IEP? Yes No
Does your child have allergies, medical problems, or other concerns we should be aware of _____

PARENT/GUARDIAN A: First Name: _____ **Last Name:** _____

Relationship to Applicant Child: **Mother** **Father** **Guardian**
Select one: **Single** **Married** **Divorced** **Separated** **Widowed**
Language(s) Spoken: _____
Daytime Phone: _____ Cell Phone: _____
Email Address: _____
Address: _____
Highest Grade Attended: **High School Graduate** **College Graduate** **Grad School** **Decline to State**
Are you employed Full Time: **Yes** **No** **Hours Worked per week:** _____
Pay Frequency: **Weekly** **Bi-weekly** **Monthly** **Other** _____
Monthly Gross Income: _____

PARENT/GUARDIAN B: First Name: _____ **Last Name:** _____

Relationship to Applicant Child: **Mother** **Father** **Guardian**
Select one: **Single** **Married** **Divorced** **Separated** **Widowed**
Language(s) Spoken: _____
Daytime Phone: _____ Cell Phone: _____
Email Address: _____
Address: _____
Highest Grade Attended: **High School Graduate** **College Graduate** **Grad School** **Decline to State**
Are you employed Full Time: **Yes** **No** **Hours Worked per week:** _____
Pay Frequency: **Weekly** **Bi-weekly** **Monthly** **Other** _____
Monthly Gross Income: _____

FAMILY INCOME INFORMATION

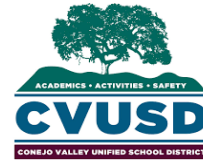
Other Income and Benefits for Adults in the home: Send current verification of any benefits listed:
Cash Aid Assistance \$ _____ Unemployment \$ _____
State/ Private Disability Insurance \$ _____ Retirement Benefits \$ _____
Child Support \$ _____

TOTAL INCOME: \$ _____ **Family Size:** _____

To begin the certification process, please make an appointment at our Administrative Office at **City Center 494-8100**.
Please bring proof of income for the past 30 days, proof of residence (utility bill in your name or rental agreement), birth records for all siblings under 18 years of age living in the home, **current immunization, physician's report**.
I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.
I understand that this is a preliminary application ONLY and does not guarantee enrollment in the program.

(Signature of parent/guardian) **(Relationship to Child)** **(Date)**

Rank Number _____ Entered on Ranking List _____



CVUSD Aplicación Preliminaría Preescolar Estatal

Elección de ubicación: Las sesiones de lunes a viernes

Maple University AM City Center AM City Center PM City Center Full Day

¿Niño/a que regresa al programa estatal preescolar? Yes No ¿ su hijo/a esta entrenado para ir al baño? Yes No

Niño/a Solicitante: Primer Nombre _____ **Apellido** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Sexo:** F M **Idioma(s) hablado(s)** _____

¿Su hijo/a ha sido evaluado/a para problemas del habla u otros problemas del desarrollo? _____

¿Su hijo/a tiene un IEP (Programa de educación individualizado)? Si No

¿Su hijo/a tiene alergias, problemas médicos u otras preocupaciones que debemos conocer? _____

Padre/Adulto A: Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Relación con el niño/a solicitante: Madre Padre Tutor(a)

Seleccione uno: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Idioma(s) hablado(s): _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ultimo grado escolar completado: Graduado de secundaria Graduado universitario Escuela de posgrado

Prefiere no decir

¿Esta empleado/a tiempo completo? Si No Horas trabajadas por semana: _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual Otro _____

Ingreso bruto mensual \$: _____

Padre/Adulto B: Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Relación con el niño/a solicitante: Madre Padre Tutor(a)

Seleccione uno: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Idioma(s) hablado(s): _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ultimo grado escolar completado: Graduado de secundaria Graduado universitario Escuela de posgrado

Prefiere no decir

¿Esta empleado/a tiempo completo?: Si No Horas trabajadas por semana: _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Mensual Otro _____

Ingreso bruto mensual \$: _____

Información Sobre Ingresos Familiares: Otros ingresos y beneficios de adultos en el hogar

Cash Aid \$ _____ Desempleo \$ _____

Seguro de incapacidad Estatal/Privada \$ _____ Jubilación \$ _____ Mantenimiento de niños \$ _____

¿Medi-Cal, Cal-Fresh, Wic, el programa de distribución de alimentos en reserva indígena, Head Start, Early Head Start,

CalWorks? Si No **Que Programa** _____

Ingreso Total: \$ _____ **Tamaño de Familia:** _____

Para comenzar el proceso de certificación, por favor haga una cita en nuestra oficina Administrativa en City Center al 494-8100. Por favor traiga comprobante de ingresos de los últimos 30 días, comprobante de domicilio (recibo de servicio a su nombre o contrato de alquiler), actas de nacimiento de todos los hermanos menores de 18 años que vivan en el hogar, vacunas al día e informe médico. Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi entendimiento. Entiendo que esta es solamente una solicitud preliminar y no garantiza la inscripción en el programa.

(Firma de padre/guardián)

(Parentesco con el niño)

(Fecha)

Rank Number _____

Entered on Ranking List _____