

CVUSD Aplicación Preliminaría Preescolar Estatal

Cual sitio preescolar desea: Turnos AM y PM son de lunes a viernes

Earths University City Center

¿Viene de regreso el niño/a al programa estatal? Si No

Nuestro programa requiere que su niño/a este entrenado para ir al baño. ¿Está entrenado? SI No

Prioridades de inscripción: 1) niños de 4 0 3 años que reciben servicios de protección al menor 2) niños que estuvieron inscritos en el programa a los 3 años de edad
3) niños de 4 años en las cuales familias tengan los ingresos más bajos 4) niños de 3 años en las cuales familias tengan los ingresos más bajos

NIÑO/A QUE VA INGRESAR: Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo: F M Lenguaje(s) que habla _____ Tiene su niño(a) alergias, problemas médicos, u otra preocupación que deberíamos saber _____

¿Ha sido examinado su hijo para problemas de comunicación oral o de desarrollo? _____

PADRE/ADULTO A: Relación al niño/a _____

Circule uno: Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Lenguaje(s) que habla: _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Domicilio _____

PADRE/ADULTO B: Relación al niño/a _____

Circule uno: Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Lenguaje(s) que habla: _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo electrónico _____

INFORMACION DE INGRESO DE LA FAMILIA: Adjunte copias de talones de cheques de los últimos 30 días. Si tiene empleo por su cuenta, por favor adjunte copias de Forma Federal 1040 y una Declaración de Sueldo Aproximado y Corriente.

Ingresos Brutos de la Madre (mensual) _____ **Ingresos Brutos del Padre (mensual)** _____

Otros Sueldos y Beneficios para Adultos en Casa: Adjunte copias de verificación de sueldo por cada uno de los ingresos adicionales: Asistencia Monetaria (cash aid) \$ _____ Desempleo \$ _____ Seguro de Incapacidad Estatal/Privada \$ _____ Beneficios de Jubilación \$ _____ Mantenimiento de niños \$ _____

INGRESO TOTAL: \$ _____ **Tamaño de Familia** _____

Para comenzar el proceso de certificación, por favor llamar a nuestra oficina administrativa para hacer una cita: **City Center 494-8100**. Por favor traiga prueba de ingresos de los últimos 30 días, prueba de domicilio (copia de factura de servicios o contrato de alojamiento residencial) registro de nacimiento para todos los niños menores de 18 años de edad, que viven en casa y al cual tiene responsabilidad de manutención, tarjeta **de vacunas y reporte corriente del médico incluyendo certificación de tuberculosis para el niño que está aplicando**. Para padres que desean ser voluntario presente: **prueba de tuberculosis corriente, inmunización contra el sarampión (MMR), tosferina (Tdap) y vacunación contra la gripe recibida entre el 1 de agosto y 1 de diciembre (usted puede presentar una declaración escrita rechazando la vacuna contra la gripe).**

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información escrita arriba es verdadera y correcta.
Entiendo que esto es SOLAMENTE una aplicación preliminaría y no garantiza matriculación en el programa.

(Firma de madre/padre/guardián)

(Parentesco con el niño)

(Fecha)

Rank Number _____
04/01/19j

Entered on Ranking List _____