

## SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Niño (solicitante)					
Nombre		Segundo nombre	Apellido	Género <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de nacimiento
Dirección de domicilio			Ciudad/Código postal	País de origen	
Dirección de correo postal (si es diferente al domicilio)			Ciudad/Código postal		
¿El niño está en cuidado adoptivo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano /No latino	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco (europeo, medio oriente, norteafricano) <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Isleño del pacífico/hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza (Birracial/Multirracial) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Idioma principal que se habla en el hogar		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> otro: _____		
¿Cuál idioma usa su hijo más?		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> otro: _____		
¿El niño tiene un IEP o IFSP actual?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso			
Información familiar					
Padres/tutores legales en el hogar: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres		¿En cuál idioma le gustaría recibir información de Early Learning Services? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita			
Nombre del padre/tutor legal <b>principal</b>		¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento	Parentesco al niño	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
Número de teléfono celular: (_____) _____ Apuntarse para recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal principal		
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado temporalmente <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante					
Educación: <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o Diploma AA/AS <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado					
Nombre del padre/tutor legal <b>secundario</b>		¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento	Parentesco al niño	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
Número de teléfono celular: (_____) _____ Apuntarse para recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal principal		
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado temporalmente <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante					
Educación: <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o Diploma AA/AS <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado					
Apunte todos los parientes que viven en el hogar cuyo cuidado y bienestar es responsabilidad de usted – NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:					
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Esta persona tiene parentesco con los padres del niño?	¿Esta persona es mantenido por los ingresos de los padres?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Total de personas en su familia (incluyendo usted) por las cuales brinde apoyo financiero					

# SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Elegibilidad

Padre/tutor legal principal		Padre/tutor legal secundario	
Nombre del padre/tutor legal principal	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del padre/tutor legal secundario	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todos que correspondan. <b>Usted recibe:</b> <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP) <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo/discapacidad <input type="checkbox"/> Indemnización laboral		Marque todos que correspondan. <b>Usted recibe:</b> <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP) <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo/discapacidad <input type="checkbox"/> Indemnización laboral	
Información de empleo		Información de empleo	
Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )	Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )
Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )	Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )
<b>Periodo de pago</b> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual		<b>Periodo de pago</b> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual	
Ingresos brutos \$ _____ por _____		Ingresos brutos \$ _____ por _____	
Información de escuela/capacitación		Información de escuela/capacitación	
¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Unidades:	
Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela	Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela

## Información de contacto en caso de emergencia

Nombre	Teléfono	Parentesco
	(    )	

### Questionario suplementario del idioma:

Las siguientes preguntas son opcionales. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad o matrícula en el programa. Sin embargo, proveer esta información nos ayuda a mejor entender y apoyar a las familias a las que servimos.

- ¿Cuáles idiomas escucha y/o está expuesto su hijo en el hogar?  
 inglés    español    vietnamita    otro: \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles idiomas escucha y/o está expuesto su hijo en su vecindario/comunidad?  
 inglés    español    vietnamita    otro: \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles idiomas entiende y/o a cuáles responde su hijo?  
 inglés    español    vietnamita    otro: \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles idiomas habla y/o cuáles usa su hijo para comunicarse?  
 inglés    español    vietnamita    otro: \_\_\_\_\_

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que el acto de no reportar información correcta puede ser motivo para que se rechace esta solicitud o se suspendan los servicios de cuidado infantil.

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Review application with parents/guardians at intake and have the parent sign below*

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_