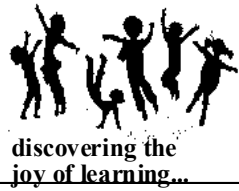


**Yuba City Unified School District
Child Development Programs
Eligibility Application**



For Office Use Only
Rank: _____
Category: _____
Admission Date: _____

FECHA DE APLICACION: _____ / _____ / _____

Día Entero/Prescolar Estatal de Año Entero

Bernard Children's Center _____ 7:30 am - 5:30 pm
Migrant Child Care _____ 5:00 am - 5:00 pm (Mayo - Sep)

Día Parcial/Prescolar Estatal de Año Parcial Circule AM (8-11) o PM (12:30-3:30) **(Petición Solamente)**

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andros Karperos | <input type="checkbox"/> King Avenue |
| <input type="checkbox"/> April Lane | <input type="checkbox"/> Lincoln |
| <input type="checkbox"/> Bernard Drive | <input type="checkbox"/> Park Avenue |
| <input type="checkbox"/> Bridge Street | <input type="checkbox"/> Barry |

INFORMACION DE FAMILIA:

Nombre de Padre/Guardián/Madre: _____

Nombre de Padre/Guardián/Padre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Hogar) _____ ¿Mejor numero para comunicarse con usted? _____

Numero de Mensaje (preferiblemente alguien fuera del hogar) _____

Apunte todos sus niños que viven en su hogar:

Apellido	Nombre e Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento 00/00/0000	Genero		Niño/a Acogido/a	
			Circule Uno	Circule Uno	Circule Uno	Circule Uno
			M	F	Si	No
			M	F	Si	No
			M	F	Si	No
			M	F	Si	No

CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS DE FAMILIA (Circule Uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Información del Idioma en el Hogar: (Conteste solamente sobre el(los) niño/s para quien está aplicando)

¿Cuál idioma aprendió su hijo/a cuando comenzó a hablar? _____

¿Cuál idioma usa so hijo/a con más frecuencia en casa? _____

¿Cuál idioma usa usted con más frecuencia para hablarle a su hijo/a? _____

Nombre el idioma más hablado por los adultos en el hogar _____

¿No habla inglés o lo hablo limitado? _____ Si _____ No Lenguaje Hablado: _____

¿Tiene su hijo/a un Plan Educativo Individualizado o un Plan Individual de Servicios de Familia? _____ Sí _____ No

INGRESOS

¿Esta actualmente recibiendo TANF? _____ Si _____ No Si sí, ¿Cuándo empezó? _____

Recursos actuales de ingresos en bruto: (Ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones)

Padre/Guardián/Madre:

Ingresos Mensuales en Bruto \$ _____
 Ayuda monetaria por los niños solamente (Mensual) \$ _____
 Recibiendo Manutención de Hijo/Cónyuge (Mensual) \$ _____
 Pagando Manutención de Hijo/a (Mensual) \$ _____
 Desempleo (Mensual) \$ _____
 Beneficios de Deshabilite: (Mensual) \$ _____
 SSI/SSP: miembro de familia _____ \$ _____
 Otro (Beneficios de Niño Acogido, Retiro o Sobreviviente), Seguro Social, beca escolar para el costo de vivencia, etc. \$ _____

Recursos actuales de ingresos en bruto: (Ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones)

Padre/Guardián/Padre:

Ingresos Mensuales en Bruto \$ _____
 Ayuda monetaria por los niños solamente (Mensual) \$ _____
 Recibiendo Manutención de Hijo/Cónyuge (Mensual) \$ _____
 Pagando Manutención de Hijo/a (Mensual) \$ _____
 Desempleo (Mensual) \$ _____
 Beneficios de Deshabilite: (Mensual) \$ _____
 SSI/SSP: miembro de familia _____ \$ _____
 Otro (Beneficios de Niño Acogido, Retiro o Sobreviviente), Seguro Social, beca escolar para el costo de vivencia, etc. \$ _____

ESTADO DE NECESIDAD FAMILIAR:

La razón por la cual se necesitan los servicios es:

- _____ Prescolar de Tiempo Parcial (3 hrs)
- _____ Prescolar de Tiempo Completo (Trabajo/Entrenamiento)
- _____ Incapacidad (Verificado por un Profesional Legal)
- _____ Servicios de Protección Infantil
- _____ Buscando Empleo

INFORMACION DE EMPLEO/ENTRENAMIENTO:

MADRE: Empleado/Escuela: _____
 Domicilio: _____
 Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____ Temporal _____
 Fecha que Termina: _____ Días de Trabajo/Entrenamiento: _____
 Horario de Trabajo/Entrenamiento: _____

PADRE: Empleado/Escuela: _____
 Domicilio: _____
 Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____ Temporal _____
 Fecha que Termina: _____ Días de Trabajo/Entrenamiento: _____
 Horario de Trabajo/Entrenamiento: _____

Verifico que la información anterior es completa y verdadera bajo pena de perjurio, castigada con todas las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que soy responsable de actualizar los cambios a mi información para la consideración de la elegibilidad para los Programas del Desarrollo Infantil YCUSD. Doy autorización para que mi información de elegibilidad sea compartida con otros programas de CDD financiado para determinar elegibilidad para recibir servicios de cuidado infantil y servicios del desarrollo.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

*****NOTAS (PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Rev. 06-16-16)*****

Dates	Initials	Comments
_____	_____	Provided Required Documents, Physical form, Bright Futures Schedule, & Resource Packet.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____