

**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 Circule Uno		Niño/a Acogido/a Circule Uno	
			M	F	Si	No
			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 su 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 Deshabilitate: (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 Deshabilitate: (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.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____