



Children's Services Progra
ENROLLMENT APPLICATION (SP)

Revised March 2012

201 WEST CHAPEL STREET
SANTA MARIA, CA 93458
(800) 894-0160 or (805) 922-2243

120 WEST CHESTNUT AVENUE
LOMPOC, CA 93436
(805) 740-4555

5681 HOLLISTER AVENUE
GOLETA, CA 93117
(805) 964-2347

NIÑO QUE SERÁ MATRICULADO						
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RAZA DEL NIÑO	IDIOMA DEL NIÑO <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO	
DIRECCIÓN (HOGAR)		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		NUMERO DE TELÉFONO (HOGAR)		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		NUMERO DE TELÉFONO (MENSAJE)		
EL NIÑO VIVE CON:		Los dos padres <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Foster <input type="checkbox"/>
						Doble custodia Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PADRE/TUTOR						
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR			FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN	
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)				IDIOMA DE LA MADRE <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO		
<input type="checkbox"/> EMPLEADO # HORAS DE EMPLEO		<input type="checkbox"/> BUSCANDO TRABAJO		<input type="checkbox"/> INCAPACITADO		<input type="checkbox"/> EMPLEADO POR TEMPORADAS
<input type="checkbox"/> ESCUELA		<input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO				
ES USTED UN EMPLEADO DE CAC?		ES USTED PARIENTE DE UN EMPLEADO DE CAC?		SI ES ASÍ, EL NOMBRE DEL EMPLEADO:		
SI NO		SI NO				
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR			FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN	
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)				IDIOMA DEL PADRE <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO		
<input type="checkbox"/> EMPLEADO # HORAS DE EMPLEO		<input type="checkbox"/> BUSCANDO TRABAJO		<input type="checkbox"/> INCAPACITADO		<input type="checkbox"/> EMPLEADO POR TEMPORADAS
<input type="checkbox"/> ESCUELA		<input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO				
ES USTED UN EMPLEADO DE CAC?		ES USTED PARIENTE DE UN EMPLEADO DE CAC?		SI ES ASÍ, EL NOMBRE DEL EMPLEADO:		
SI NO		SI NO				
OTROS HERMANOS EN EL HOGAR						
<small>(use el reverso de esta solicitud para incluir mas niños)</small>						
NOMBRE DEL NIÑO/A		FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL NIÑO/A		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL NIÑO/A		FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL NIÑO/A		FECHA DE NACIMIENTO	
OPCIONES DEL PROGRAMA						
INDIQUE SU PREFERENCIA UTILIZANDO LOS NÚMEROS "1", "2", Y "3", CON EL NÚMERO "1" INDICANDO SU PRIMERA PREFERENCIA:						
<input type="checkbox"/> Curso de Medio Día <small>(3-5 años)</small>		<input type="checkbox"/> Curso de Día Completo (18-5años) <small>(trabajando o yendo a la escuela todo el día)</small>		<input type="checkbox"/> Opción de Educación en el Hogar <small>(0-5años)</small>		<input type="checkbox"/> Opción de Guardería Familiar (6sem-5años) <small>(trabajando o yendo a la escuela todo el día)</small>
EL HOGAR						
ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE:	AYUDA MONETARIA Sí No	MEDI-CAL Sí No	INGRESO DEL SEGURO SOCIAL Sí No	WIC Sí No	SE EN CUENTRA ALGUNO DE LOS PADRES EN EL SERVICIO MILITAR? Sí No	USTED ESTA RECIBIENDO ESTAMPILLAS DE COMIDA? Sí No
FUE REFERIDO A NUESTRA AGENCIA? Sí No	NOMBRE DE LA AGENCIA QUE LO REFIRIO:			ES USTED UN CLIENTE DE TAPP? Si No		CUAL ES SU MODO DE TRANSPORTE?
INCAPACIDADES						
ES SU NIÑO/A INCAPACITADO? (CIRCULE LA INCAPACIDAD)						
Sí No		LENGUAGE		SALUD		FISICA MENTAL OTRO
SI ES ASI, LE HAN HECHO A SU HIJO/A UN ASESORAMIENTO QUE HAYA RESULTADO EN UN DIAGNOSTICO?						(NECESITAMOS DOCUMENTACION)
Sí No		IFSP		IEP		
OTRA INFORMACIÓN						
¿EXISTE ALGUNA OTRA NECESIDAD O SITUACIÓN QUE A USTED LE GUSTARÍA COMPARTIR PARA AYUDARNOS A SERVIRLE MEJOR?						
<hr/> <hr/>						
YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACION EN ESTA SOLICITUD Y LOS DOCUMENTOS SOMETIDOS SOBRE MI ELEGIBILIDAD SON CORRECTOS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.						
Firma del Padre/Guardián: _____				Fecha: _____		
FOR OFFICE USE ONLY						
<input type="checkbox"/> Verification of Income		<input type="checkbox"/> Verification of Child's Age		Date Application Received:		
<input type="checkbox"/> Child's Immunization Record		<input type="checkbox"/> Verification of Full Day Eligibility				
<input type="checkbox"/> Child's Health Assessment		<input type="checkbox"/> Documentation of CWS, Foster				
<input type="checkbox"/> Verification of Parental Status		<input type="checkbox"/> Release for Eligibility (if applies)		Date Application Complete and Verified:		
<input type="checkbox"/> Verification of Homelessness		<input type="checkbox"/> IFSP / IEP Report				
Enrollment Staff Name: _____						