



NIÑO QUE SERÁ MATRICULADO							
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M   F	RAZA DEL NIÑO	IDIOMA DEL NIÑO		
DIRECCIÓN (HOGAR)		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO (HOGAR)			
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO (MENSAJE)			
EL NIÑO VIVE CON:		Los dos padres <input type="checkbox"/>	Padre A <input type="checkbox"/>	Padre B <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/>	Doble custodia Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PADRE/TUTOR							
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR A		SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN		
DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			IDIOMA DEL PADRE A	RAZA			
<input type="checkbox"/> EMPLEADO # DE HORAS		<input type="checkbox"/> BUSCANDO EMPLEO	<input type="checkbox"/> INCAPACITADO	<input type="checkbox"/> EMPLEADO POR TEMPORADAS	<input type="checkbox"/> ESCUELA O ENTRENAMIENTO		
ES USTED 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 B		SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN		
DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			IDIOMA DEL PADRE B	RAZA			
<input type="checkbox"/> EMPLEADO # DE HORAS		<input type="checkbox"/> BUSCANDO EMPLEO	<input type="checkbox"/> INCAPACITADO	<input type="checkbox"/> EMPLEADO POR TEMPORADAS	<input type="checkbox"/> ESCUELA O ENTRENAMIENTO		
ES USTED EMPLEADO DE CAC?		ES USTED PARIENTE DE UN EMPLEADO DE CAC?		SI ES ASI, EL NOMBRE DEL EMPLEADO:			
SI   NO		SI   NO					
OTROS HERMANOS EN EL HOGAR							
(use el reverso de esta solicitud para incluir mas niños)							
NOMBRE DEL NIÑO/A	SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL NIÑO/A	SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO		
NOMBRE DEL NIÑO/A	SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL NIÑO/A	SEXO M   F	FECHA DE NACIMIENTO		
OPCIONES DEL PROGRAMA							
INDIQUE SU PREFERENCIA UTILIZANDO LOS NUMEROS "1", "2", Y "3", CON EL NUMERO "1" INDICANDO SU PRIMERA PREFERENCIA:							
<input type="checkbox"/> Curso Medio Día (3-5yrs)		<input type="checkbox"/> Curso Día Completo(18mo-5yrs)		<input type="checkbox"/> Educación en el hogar (0-3yrs)			
		(trabajando o en la escuela todo el día)		<input type="checkbox"/> Guardería Familiar(6sem-5yrs)			
				(trabajando o en la escuela todo el día)			
EL HOGAR							
ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE:	AYUDA MONETARIA Si   No	MEDI-CAL Si   No	S.S.I. Si   No	WIC Si   No	ESTAMPILLAS DE COMIDA Si   No	SE ENCUENTRA ALGUNO DE LOS PADRES EN EL SERVICIO MILITAR Si   No	PROTECCIÓN DE MENORES (CWS) Si   No
FUE REFERIDO A NUESTRA AGENCIA?	NOMBRE DE LA AGENCIA QUE LO REFIRIÓ:			QUE ES SU MODO DE TRANSPORTE?			
Si   No							
INCAPACIDADES							
TIENE SU NIÑO/A UNA INCAPACIDAD? (CIRCULE LA INCAPACIDAD)							
Si   No		LENGUAJE SALUD FÍSICA MENTAL OTRA: _____					
SI ES ASI, LE HAN HECHO A SU HIJO/A UN ASESORAMIENTO QUE HAYA RESULTADO EN UN DIAGNOSTICO? (NECESITAMOS DOCUMENTACIÓN)							
Si   No		IFSP IEP					
EL MÉTODO PREFERIDO PARA COMUNICACIÓN							
Desea recibir información sobre el programa o su solicitud por mensaje de texto y/o por correo electrónico? Si es así, favor de proveer su número del celular y/o su correo electrónico. Podrían aplicarse tarifas estándar por mensaje y transmisión de datos por su proveedor de servicios móvil.					Si No		
Correo Electrónico			Correo Electrónico				
Numero del Celular, favor de incluir el numero de area			Numero del Celular, favor de incluir el numero de area				
OTRA INFORMACIÓN							
EXISTE ALGUNA OTRA NECESIDAD O SITUACIÓN QUE A USTED LE GUSTARÍA COMPARTIR PARA AYUDARNOS A SERVIRLE MEJOR?							
YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD Y LOS DOCUMENTOS SOMETIDOS SOBRE MI ELEGIBILIDAD SON CORRECTOS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.							
Firma del Padre/Guardián: _____				Fecha: _____			

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

5638 HOLLISTER AVENUE, SUITE 230  
GOLETA, CA 93117  
(805) 964-8857 Ext. 1194