



NIÑO QUE SERÁ MATRICULADO					
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M   F	RAZA DEL NIÑO	IDIOMA DEL NIÑO
DIRECCION (HOGAR)		CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL		NUMERO DE TELEFONO (HOGAR)	
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)		CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL		NUMERO DE TELEFONO (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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
PADRE/TUTOR					
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR A		FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACION	
DIRECCION SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			IDIOMA	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			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR B		FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACION	
DIRECCION SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA			IDIOMA	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)			(trabajando o en la escuela todo el día)		
EL HOGAR					
ALGUN 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	PROTECCION DE MENORES (CWS) Si   No
FUE REFERIDO A NUESTRA AGENCIA? Si   No	NOMBRE DE LA AGENCIA QUE LO REFIRIO:			QUE ES SU MODO DE TRANSPORTE?	
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 DOCUMENTACION)	
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 SITUACION QUE A USTED LE GUSTARIA 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: _____	

2115 State St.  
Santa Barbara CA 93105  
(805) 682-9585