

SOLICITUD PARA PROGRAMAS PRE-ESCOLARES

San Ysidro School District
Preschool & Child Development
 1880 Smythe Avenue, San Ysidro, CA 92173
 (619) 428-2352

Nombre del Niño(a): _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

USO DE OFICINA (2021-2022)

SITE/LOCATION: CDC/PS OVH Sunset

PROGRAM: State Preschool* (See reverse for disclosure) QPI Other: _____

APPLICATION: Complete Date: _____

FAVOR DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD EN LETRA DE IMPRENTA, GRACIAS.

I. IDENTIFICACION DE LA FAMILIA: Si Ud. Es padre soltero/tutor, marque el cuadro

SU NINO VIVE CON: Madre Padre Tutor (Relación a niño: _____)

Nombre completo del Madre/Tutor A.	Sexo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Cellular)	
Nombre complete del Padre/Tutor B.	Sexo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Celluar)	
Domicilio	Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico (Madre/Tutor):		Correo Electrónico (Padre/Tutor)		

IV. DATOS DE LOS NIÑOS: Escriba a todos los niños que viven en el hogar y que se cuentan en el tamaño de la familia.

Datos de todos los niños que viven en el hogar:
 Use letra de imprenta. Gracias

USO DE OFICINA

Complete only for children served by your agency

(1) Nombre completo del niño. <i>Escriba el nombre del niño que está matriculando primero.</i>	(2) SEXO		(3) Fecha de Nacimiento MES / DIA / AÑO	(4) ADJUSTMENT FACTOR CODE	(5) ETHNIC CODE	(6) RACE	(7) NATIVE LANGUAGE		(8) PROGRAM CODE
	M	F		LANGUAGE CODE	Limited English proficient?				
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Es Hispano o Latino? Si No

Grupo Etnico: ✓ Marque los grupos que le correspondan:

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Servicios Especiales: ✓ Indique los servicios aplicables que su hijo haya recibido. No necesita servicios especiales

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sordo/Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Servicios de habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas con la visita | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Educación física especial | <input type="checkbox"/> Servicios de consejería | |

FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO DE OFICINA)

DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO POR EL PADRE / TUTOR

CERTIFICACION Y FIRMA DEL PADRE / TUTOR:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba mencionada es verdadera y correcta según mi entender. 2. Notificare a la agencia inmediatamente si es que hay algún cambio en mis ingresos, el tamaño de la familia, residencia, empleo o razón para necesitar servicios de desarrollo infantil. 3. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes y otras personas según como sea necesario para la administración del programa. 4. Entiendo que, si la agencia niega esta solicitud para recibir servicios, tengo derecho a apelar. 5. Entiendo que la agencia puede comunicarse con mi empleador y/o con cualquier fuente de mis ingresos declarados para verificar la información presentada como parte de esta solicitud. | <ol style="list-style-type: none"> 6. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por los menos una vez al año (al menos una vez cada seis meses para los servicios protectores de los niños). Además, entiendo que, si no renuevo mi elegibilidad, ya no calificare para los servicios subsidiarios de cuidado infantil para mi hijo(a). 7. Entiendo que recibiré una notificación aprobando o desaprobando mi solicitud dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que firmo este formulario. 8. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que toda la documentación sea entregada y este formulario haya sido revisado, firmado y fechado por un representante de la agencia y firmado y fechado por mí. |
|--|---|

FIRMA	FECHA	PARENTESCO CON EL NIÑO: <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO: _____
-------	-------	--

STOP HERE/PARE AQUI

FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO DE OFICINA)

***DISCLOSURES: STATE PRESCHOOL PROGRAM ONLY**

**STATE PRESCHOOL PROGRAM
CONFIDENTIAL APPLICATION FOR
CHILD DEVELOPMENT SERVICES AND
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY
EESD 9600 (Rev. 12/17)**

Agency Name: San Ysidro Elementary School District

Family Identification/Case No: _____

Initial Subsidized Service Date: _____

Note: State regulations require a formal application and certification for child development services. You will receive written notice of your eligibility no later than 30 days from the date of your signature of this form. Eligibility is determined on the basis of need for child development services and either CaWORKs status or adjusted gross monthly income in relation to family size. This form must be completed by an agency representative in consultation with the family. Refer to the instructions for the completion of this form

FAMILY ELIGIBILITY STATUS (Check as many as apply)

*State Preschool Program		
<input type="checkbox"/> Income Eligible (Attach Documentation)	<input type="checkbox"/> 24-Month Eligibility (San Diego County Pilot Plan)	<input type="checkbox"/> Quality Preschool Initiative (QPI)
<input type="checkbox"/> Protective Services (Attach Documentation)	<input type="checkbox"/> Homeless (Attach parent's statement)	<input type="checkbox"/> Head Start
<input type="checkbox"/> Severely Handicapped programs (GHAN)		<input type="checkbox"/> Other _____

FAMILY ADJUSTED GROSS MONTHLY INCOME AND SIZE

A. Family Monthly Income – Family's adjusted monthly income from all sources. (Attach verification, documentation & calculation sheet.) \$ _____ <input type="checkbox"/> 85% <input type="checkbox"/> Over Rank # _____	B. Family Size: _____
--	-----------------------

Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed and dated by an agency representative.

ELIGIBILITY STATUS: Accepted <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>	Date Notice of Action Sent (Attach copy)	Date Notice of Action Given (Attach copy)	First date of subsidized service	Last date of enrollment
SIGNATURE OF AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE		TITLE Director <input type="checkbox"/> Secretary <input type="checkbox"/>	Telephone Number (619) 428-2352	Date