

Rango# _____

Fecha _____

Inscripción y Lista de Espera

DISTRICTO DE LA UNIVERSIDAD DE LA COMUNIDAD DE YUBA
PROGRAMA DE DESARROLLO DEL NIÑO

2088 Beale Road
Marysville CA 95901

Universidad de Clear Lake
707-995-7909

Universidad de Yuba
530-749-3808

Universidad de Woodland
530-661-5773

1. **Cheque uno:** Padre Soltero Dos Padre Tutela 2. **Número total de la gente en su familia :** _____

3. **APLICANTE PRIMARIO: Relación al niño?** _____

Primer Nombre _____ inicial del medio Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado: CA Código Postal _____ Condado _____

(____) _____ (____) _____ (____) _____

Teléfono casero Teléfono del trabajo Teléfono de la célula Preferencia de la lengua Preferencia de la lengua del papeleo

Marque el que aplicó: Estudiante trabajador Buscando trabajo Incapacitado Sin hogar Riesgo de CPS/At

4. **APLICANTE SECUNDARIO (el otro padre/guardián que vive en el hogar): Relación al niño?** _____

Primer Nombre _____ inicial del medio Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ ciudad _____ Estado: CA Código postal _____ Condado _____

(____) _____ (____) _____ (____) _____

Teléfono casero Teléfono del trabajo Teléfono celular Preferencia de la idioma Preferencia del idioma del papeleo

Marque el que aplicó: Estudiante trabajador Buscando trabajo Incapacitado Sin hogar Riesgo de CPS/At

5. **El niño o niños que se alistarán o serán puestos en la lista de espera:**

Apellido Primer Nombre Fecha del nacimiento Edad Lengua primaria Sexo (M/F)

Apellido	Primer Nombre	Fecha del nacimiento	Edad	Lengua primaria	Sexo (M/F)
1.					
2.					
3.					
4.					

6. **Liste el resto de las personas que residen en su hogar:**

Nombre completo Fecha del nacimiento Edad Relación al aplicante primario

Nombre completo	Fecha del nacimiento	Edad	Relación al aplicante primario
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Por favor complete el otro lado →

7. Fuentes Actuales de Sueldo : (antes de impuestos y de deducciones)

APLICANTE PRIMARIO

Salarios: Cada hora Semanal
 Dos veces por semana Mensual
 Temporal

\$ _____

Ayuda en Efectivo \$ _____

Pagos de Sustento para el Niño \$ _____

Ayuda del Esposo \$ _____

Desempleo \$ _____

Incapasitado: Permanente Temporal \$ _____

SSI/SSP: Permanente Temporal \$ _____

Otro: _____ \$ _____

APLICANTE SECUNDARIO

Salarios: Cada hora Semanal
 Dos veces por semana Mensual
 Temporal

\$ _____

Ayuda en Efectivo \$ _____

Pagos del Sustento para el Niño \$ _____

Ayuda del Esposo \$ _____

Desempleo \$ _____

Incapasitado: Permanente Temporal \$ _____

SSI/SSP: Permanente Temporal \$ _____

Otro: _____ \$ _____

8. Es usted o el aplicante secundario el que paga la ayuda del mantenimiento del niño?

Aplicante primario: No _____ Sí _____ la cantidad mensual \$ _____

Aplicante secundario: No _____ Sí _____ la cantidad mensual \$ _____

9. CANTIDAD TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

10. Usted estaría interesado en el programa del preescolar del estado 9am-12? no ___ sí ___

11. Usted tiene un caso abierto con el servicio protector del niño o identifican a su niño como a riesgo? No _____ Sí _____

(Incluya la carta de la remisión de CPS/At Risk este documento debe ser de parte de un profesional social, legal, o médico. Incluya el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma del trabajador que lleva el caso del niño.)

Verifico que la información antedicha es completa y verdad. Entiendo que la elegibilidad de mi familia será basada en la información dada aquí. Entiendo que soy responsable de poner al día cualquier cambio a mi información. Doy la aprobación para que mi información de la elegibilidad sea compartida con cualquier otro programa financiado estado para determinar elegibilidad para recibir servicios del cuidado de niño.

Firma _____ Date _____

Uso de la Oficina Solamente: