



**SOLICITUD DE LISTA DE ESEPERA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE PRIMERA INFANCIA**

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Apellido Primero Segundo

Domicilo: \_\_\_\_\_ #Departamento/Unidad  
 Número y Calle

\_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Ingreso Bruto Mensual: \$ \_\_\_\_\_  
*(Salarios de empleo o trabajo por cuenta propia, desempleo, SSI/SSP, asistencia monetaria, manutención de niños, discapacidad, W-2 del año anterior, etc. – Apunte lo que aplique)*

Empleador: \_\_\_\_\_

Días y Horario de Trabajo: *marque todos los días que aliquen y escribe las horas que trabaja.*

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
<input type="checkbox"/>						

Nombre de Colegio: \_\_\_\_\_

# de Unidades Inscritas: \_\_\_\_\_

¿Esta buscando empleo? No  Sí       ¿Esta actualmente Incapacitado? No  Sí

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Apellido Primero Segundo

Domicilo: \_\_\_\_\_ #Departamento/Unidad  
 Número y Calle

\_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Ingreso Bruto Mensual: \$ \_\_\_\_\_  
*(Salarios de empleo o trabajo por cuenta propia, desempleo, SSI/SSP, asistencia monetaria, manutención de niños, discapacidad, W-2 del año anterior, etc. – Apunte lo que aplique)*

Empleador: \_\_\_\_\_

Días y Horario de Trabajo: *marque todos los días que aliquen y escribe las horas que trabaja.*

domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
<input type="checkbox"/>						

Nombre de Colegio: \_\_\_\_\_

# de Unidades Inscritas: \_\_\_\_\_

¿Esta buscando empleo? No  Sí       ¿Esta actualmente Incapacitado? No  Sí

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

### Estado Familiar:

Padre/Tutor Soltero? NO  Sí  Si respondió que no, es un hogar de dos padres/tutores? NO  Sí

¿Alguno de estos aplica a su estado familiar actual? **Familia sin hogar, viviendo con otra familia, en un refugio o en transición?** NO  Sí

¿Fue referido por Servicios de Protección Infantil? NO  Sí

Idioma Principal de la Familia:  Inglés  Español  Mixteco  Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS MENORES

### Enumere todos los niños en la familia menores de 18 años de edad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

¿Tiene su menor un-IEP (Program Educativo Individualizado) o un IFSP (Plan Individualizado de los Servicios para la Familia)? NO  Sí

## PREFERENCIA DE SITIO

Marque los programas en los que está interesado en solicitar servicios.  Extended Learning & Care (TK/K only) Sitio: \_\_\_\_\_

Buena Vista Children's Center (seasonal)  Full Day Freedom Children's Center  Family Child Care Homes

State Preschool (3-hour program) Sitio: \_\_\_\_ AM/PM  Full Day Watsonville Children's Center  IDC (Teen Parent program)

## EXENCIÓN RESPONSABILIDAD Y FIRMA DEL TUTOR

**Certifico que todas mis respuestas son verdaderas y completo a mi saber y conocimiento de las fecha presentada. Entiendo que proporcionar información falso o incomplete resultará en que mi nombre sea eliminado de la lista de espera. Entiendo que para permanecer active en la lista de espera de KinderWait, debo mantener mi información actualizada. Entiendo que si me contactan para inscribirme y el tamaño de mi familia o los ingresos han cambiado, es posible que no sea eligible en ese momento. Podemos usar el mensajero de la escuela (school Messenger) o el correo electrónico para comunicarnos con usted.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Applications may be submitted via fax: 831-728-2071 or in person to our office at 294 Green Valley Rd., Watsonville, CA 95076.**

## SÓLO PARA USO DE OFICINA

Comments:		
Rank #:	Initials of Agency Representative:	Date of Entry: