

# Centro Infantil de Colegio Cabrillo

## Solicitud para la lista de espera

6500 Soquel Dr. Aptos, CA 95003

(831) 479-6352

Edad del niño/a al momento de solicitar: \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

#### **ESTA SOLICITUD PONE A SU HIJO/A EN LA LISTA DE ESPERA**

Nosotros le informaremos cuando haya un espacio disponible para su hijo/a. Por favor note que no llamamos a los niños según el orden que aplicaron. Nos guiamos por las reglas establecidas por el Colegio Cabrillo y por las agencias que proveen los fondos para el cuidado de los niños.

Esta aplicación es actualizada cada semestre de primavera. Nosotros le enviaremos una forma actualizada para que la llene. Por favor infórmenos sobre cualquier cambio de domicilio o teléfono al numero (831)479-6352

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ Niño  Niña  **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Horario preferido (marque uno)  Día completo  Mañanas (Disponible en preescolar solamente)  Cualquier espacio disponible  
¿Alguno de sus niños ha asistido al Centro Infantil de Cabrillo College en el pasado? Sí  No  Si es así, ¿en qué año asistió al Centro? \_\_\_\_\_

Experiencia previa del niño/a en otro centro infantil o preescolar \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor legal # 1** \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su afiliación con Cabrillo? (**marque uno**)

Domicilio \_\_\_\_\_ Estudiante – menos de 6 unidades

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Estudiante – más de 6 unidades

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Maestro/personal de Cabrillo (especifique)

Tiene empleo Sí  No  Miembro de la comunidad

Ocupación \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Correo electrónico(E-mail) \_\_\_\_\_

Si es estudiante, ¿cuál es su área de estudio? (Por ejemplo: ECE, enfermería, computación, etc.) \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor legal # 2** \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su afiliación con Cabrillo? (**marque uno**)

Domicilio \_\_\_\_\_ Estudiante – menos de 6 unidades

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Estudiante – más de 6 unidades

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Maestro/personal de Cabrillo (especifique)

Tiene empleo Sí  No  Miembro de la comunidad

Ocupación \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Si es estudiante, ¿cuál es su área de estudio? (Por ejemplo: ECE, enfermería, computación, etc.) \_\_\_\_\_



# Centro Infantil de Colegio Cabrillo

## Solicitud para la lista de espera

6500 Soquel Dr. Aptos, CA 95003

(831) 479-6352

### INFORMACION SOBRE ASISTENCIA ECONOMICA

**Si no esta solicitando asistencia económica para cubrir las cuotas de cuidado infantil, no tiene que llenar este formulario**

Tenemos una variedad de fuentes disponibles para financiar a familias. Cada fuente de financiamiento tiene requisitos de elegibilidad específicos. Tiene que llenar este formulario para que podamos considerar su solicitud de asistencia económica. Necesitamos información precisa y detallada sobre su ingreso mensual en bruto. Por favor marque todas las fuentes de ingreso mensual en bruto que aplican a su familia al momento de inscribirse. **NO INCLUYA child support, dinero del seguro social, work study, becas y préstamos para fines académicos.** De acuerdo a lo que establece el estado, estos ingresos no cuentan como parte de su "ingreso mensual en bruto", así que no los tiene que incluir. Si su hijo/a es aceptado en nuestro programa, tendrá que mostrar documentación sobre su ingreso actual al momento de la entrevista.

|   | Padre/Madre/Tutor legal #1 | Padre/Madre/Tutor legal #2 |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Ingresos (ingreso mensual, sin incluir becas/préstamos, work study, etc.)                               | \$ _____                   | \$ _____                   |
| TANF (conocido antes como AFDC) / Otras formas de asistencia pública (no incluya estampillas de comida) | \$ _____                   | \$ _____                   |
| Asistencia de divorcio (cantidad mensual)   | \$ _____                   | \$ _____                   |
| Compensación laboral o Disability   | \$ _____                   | \$ _____                   |
| Desempleo   | \$ _____                   | \$ _____                   |
| Otros ingresos (especifique) _____  | \$ _____                   | \$ _____                   |
| Total de ingreso mensual en bruto para el hogar \$ _____  |                            |                            |

### AYUDA PARA CUIDADO INFANTIL

Para poder recibir fondos de dos de nuestras fuentes y de acuerdo a las reglas establecidas por el Estado de California, usted debe "mostrar que tiene necesidad" (económica) para cuidado infantil (vea Criterios de Elegibilidad y Necesidad detrás de este formulario).

Su hijo/a tiene necesidades especiales?  Sí  No.....Si la respuesta es sí, describa brevemente: \_\_\_\_\_  
Su hijo/a ha sido evaluado para estas Necesidades especiales?  Sí  No  
Su hijo/a tiene un IEP (Plan Individual de Educación) ?  Sí  No  
Esta el niño para el que aplica en casa de cuidado temporal?  Sí  No  
Esta el padre o guardián del niño que aplica discapacitado debido a una condición física o mental?  Sí  No  
Marque si usted recibe servicios de  La agencia protectora de menores CPS  Familias en transición  Algún servicio para los que no tienen hogar

#### Padre/Madre/Tutor legal # 1

Tomando entrenamiento/clases  Sí  No  
 Tiempo completo  Medio tiempo

Nombre de la escuela.....

Tiene empleo.....  Sí  No

Ocupación.....

Horario de trabajo .....  Tiempo completo  Medio tiempo  
(menos de 30 hrs)

Buscando empleo .....  Sí  No

Incapacitado.....  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique.....

#### Padre/Madre/ Tutor legal # 2

Tomando entrenamiento/clases  Sí  No  
 Tiempo completo  Medio tiempo

Nombre de la escuela.....

Tiene empleo.....  Sí  No

Ocupación.....

Horario de trabajo .....  Tiempo completo  Medio tiempo  
(menos de 30 hrs)

Buscando empleo .....  Sí  No

Incapacitado.....  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique.....

He leído las instrucciones para llenar este formulario y he respondido honestamente a las preguntas sobre ingresos y necesidad. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al Centro Infantil de Cabrillo College de cualquier cambio sobre esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha