

Date Rcvd: \_\_\_\_\_

NOHO# \_\_\_\_\_

Rank: \_\_\_\_\_

# Lista de Elegibilidad

Nuview Union School District Child Development Programs

29780 Lakeview Ave. Nuevo, CA 92567

(951) 928-3402 Fax (951) 928-2859



### Programa General De Cuidado Infantil

- Programa infantil (L-V 7:30am a 5:30pm)
- Preescolar de tiempo entero (L-V 7:30am a 5:30pm)

### Programa Preescolar

- Escuela de Nuview
- Escuela de Valley View
- Escuela de Romoland

Nombre de Madre/Guardian \_\_\_\_\_ Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Domicilio Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Numero de telefono de hogar: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo para la madre: \_\_\_\_\_  
Numero de celular: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo para el padre: \_\_\_\_\_

Nombre de niños que necesitan servicio	Fecha de Nac.	Sexo	Nombre de niños que viven en el hogar	Fecha de Nac.

Numero total de personas viviendo en el hogar (relacionados de sangre, matrimonio or adopcion): \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela de la Madre: \_\_\_\_\_ Ingresos(antes de taxes): \_\_\_\_\_  
Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Dias y horario: \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela de el Padre: \_\_\_\_\_ Ingresos(antes de taxes): \_\_\_\_\_  
Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Dias Y horario: \_\_\_\_\_

Manutencion recibido por mes: \_\_\_\_\_  
Estampillas de comida \$ \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Desempleo/Deabilidad Mensual: \_\_\_\_\_  
Manutencion pagado? \_\_\_\_\_ Cantidad\$ \_\_\_\_\_ TANF/AFDC/CaWorks: \_\_\_\_\_  
**Ingresos total de hogar:** \_\_\_\_\_

Por favor indique los dias y horario que necesitara si usted solicita el programa de cuidado de su(s) niño(s) \_\_\_\_\_.

Razon para necesidad de cuidado: Trabajando Asistiendo la Escuela  Necesidad Medical  Buscando Empleo  Buscando Hogar  Padre Soltero (requiere prueba) Padre Juvenil Abuelos Gain/Calworks  
 Solamente Preescolar

Tiene su niño/nina necesidades especial? \_\_\_\_\_ (Por favor describalos)? \_\_\_\_\_  
Cual es el grupo etnico de su niño/a? \_\_\_\_\_  
Cual es el lenguaje primario de su niño/a? \_\_\_\_\_

Ha sido recomendad por el departamento de servicios social? \_\_\_\_\_ Case# \_\_\_\_\_ Numero del servidor Social: \_\_\_\_\_

Reconozco que toda la información de este documento es verdadero y correcto a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(7/1/2010)