



**YUBA CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS**
Discovering the Joy of Learning...

Aplicación De Elegibilidad

☐ **Dia Entero/Prescolar Estatal de Año**

☐ **Dia Parcial/Prescolar Estatal de Año Parcial**

_____ Session De La Mañana

_____ Session De La Tarde

Información De Familia:

Nombre de Padre A/Provedor De Cuidado : _____ **Relación:** _____

Telefono de contacto: _____ Email: _____

Nombre de Padre B/Provedor De Cuidado: _____ **Relación:** _____

Telefono de contacto: _____ Email: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Escuelas:

Andros Karperos, April Lane, Bernard Drive, Bridge Street, King Avenue, Lincoln, Park Avenue, and Barry.

Apunte todos sus niños que viven en su hogar(Menores de 18 Años De Edad):

Apellido	Nombre e Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Genero (Circule Uno)	Niño/a Acogido/a (Circule Uno)	* IEP/**IFSP (Circule Uno)
			H M	Si No	Si No
			H M	Si No	Si No
			H M	Si No	Si No
			H M	Si No	Si No
			H M	Si No	Si No

Si marcó "Sí" para el IEP, adjunte una copia del IEP

CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS DE FAMILIA (Circule Uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Instrumento de lenguaje familiar inicial: (Conteste solamente sobre el(los) niño/s para quien está aplicando)

¿Cuál idioma escucha su hijo/a en casa? _____

¿Cuál idioma escucha su hijo/a en su vecindario o comunidad? Which language(s) _____

¿Cuál idioma entiende su hijo/a? _____

¿Cuál idioma habla su hijo/a? _____

* Plan Educacional Individualizado

** Plan Individual de Servicios de Familia?

INGRESOS:

¿Está actualmente recibiendo CalWorks or CalFresh?
¿Está actualmente recibiendo Toda Su Familia Medi-Cal?

Si _____ No _____
Si _____ No _____

Recursos actuales de ingresos en bruto: (Ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones)

Padre A/Proveedor De Cuidado:

Ingresos Mensuales en Bruto \$ _____
Ayuda monetaria por los niños solamente (Mensual) \$ _____
Recibiendo Manutención de Hijo/Cónyuge(Mensual) \$ _____
Pagando Manutención de Hijo/cónyuge(Mensual) \$ _____
Desempleo (Mensual) \$ _____
Beneficios de Deshabilitate: (Mensual) \$ _____
SSI/SSP: miembro de familia \$ _____
Otro (Beneficios de Niño Acogido, Retiro o Sobreviviente), Seguro Social, beca escolar para el costo de la vivencia, etc. \$ _____

Padre B/Proveedor De Cuidado:

Ingresos Mensuales en Bruto \$ _____
Ayuda monetaria por los niños solamente (Mensuales) \$ _____
Recibiendo Manutención de Hijo/Cónyuge(Mensual) \$ _____
Pagando Manutención de Hijo/cónyuge(Mensual) \$ _____
Desempleo (Mensual) \$ _____
Beneficios de Deshabilitate: (Mensual) \$ _____
SSI/SSP: miembro de familia \$ _____
Otro (Beneficios de Niño Acogido, Retiro o Sobreviviente), Seguro Social, beca escolar para el costo de la vivencia, etc. \$ _____

ESTADO DE NECESIDAD FAMILIAR:

La razón por la cual se necesitan los servicios es:

_____ No Necesidad
_____ Trabajado/Entrenamiento
_____ Incapacidad(Verificado por un Profesional Legal)

_____ Servicios de Protección Infantil
_____ Buscando Empleo

INFORMACIÓN DE EMPLEO/ENTRENAMIENTO:

Padre A/Proveedor De Cuidado:

Empleador/Escuela: _____
Domicilio: _____
Ocupation: _____ Telefono del Trabajo: _____
Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____
Tempora _____ Fecha que Termina _____
Dias de Trabajo/Entrenamiento: _____ Horario de Trabajo/Entrenamiento: _____

Parent B/Caretaker:

Empleador/Escuela: _____
Domicilio: _____
Ocupation: _____ Telefono del Trabajo: _____
Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____
Temporal _____ Fecha que Termina _____
Dias de Trabajo/Entrenamiento: _____ Horario de Trabajo/Entrenamiento: _____

Verifico que la información anterior es completa y verdadera bajo pena de perjurio, castigada con todas las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que soy responsable de actualizar los cambios a mi información para la consideración de la elegibilidad para los Programas del Desarrollo Infantil YCUSD. Doy autorización para que mi información de elegibilidad sea compartida con otros programas de CDD financiado para determinar elegibilidad para recibir servicios de cuidado infantil y servicios del desarrollo.

☐ Recibe Guia de Recursos para la Familia ☐ No se necesitan servicios en este momento O ☐ _____
Indique los servicios necesarios

Firma de Solicitante _____ Fecha _____

*****NOTAS (PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Rev. 1-22-24)*****

Dates	Initials	Comments
_____	_____	Provided Required Documents & Family Resource Guide.
_____	_____	☐ Received IEP
_____	_____	Entered in the Waiting List. Rank #
_____	_____	_____
_____	_____	_____