



Informacion del Niño/Niña			
Nombre del niño/a:		Apellido del niño/a:	
Fecha de Nacimiento:			
Esta el niño/a bajo servicios de proteccion o en riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene el niño/a necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	Necesita cuidado de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiempo Parcial/Preescolar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Necesita medicamento el niño/a durante la escuela? Anote el diagnostico/condiciones medicas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Necesita el niño/a alguna comodidad en comida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anote la lista:	
Informacion de padre/madre/guardian completando la aplicacion			
Primer nombre:		Apellido:	
Es madre o padre soltero/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Primer idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Correo electronico:	
Numero de celular:			
Domicilio:		Ciudad:	
Codigo postal:			
Esta inscrito en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero de identificaion si es del WHCCD?	Tiene el bachillerato o mas alto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ingresos mensuales del padre/madre/guardian completando la aplicacion			
Salario mensual de empleo- Cantidad que recibe al mes: \$		Apoyo monetario conyugal/manutencion-Cantidad que recibe al mes: \$	
Seguro Social <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSP Cantidad que recibe al mes: \$		Incapacidad- Cantidad que recibe al mes: \$	
Pagos del servicio de proteccion/guardian - Cantidad que recibe al mes: \$		CashAid / TANF / CalWORKS -Cantidad que recibe al mes: \$	
Otra cantidad recibida al mes – anote la cantidad: \$			
Hay algun niño/a bajo servicios de proteccion o tienen un caso abierto de CPS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuantos en la familia:	
Debajo, anote otros niños/as que viven con usted y que son sus dependientes			
Primer Nombre del niño/a	Apellido del niño/a	Fecha de nacimiento	Necesita cuidado de niño/a para este niño/a?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Informacion del segundo padre/madre/guardian			
<i>(solamente complete esta seccion si el segundo padre/madre/guardian vive en el mismo hogar es responsable de algun niño/a anotado arriba)</i>			
Primer Nombre:		Apellido:	
Primer idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Correo electronico:	
Numero de celular:			
Esta inscrito en la escuela ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero de identificacion si es de WHCCD?	Tiene el bachillerato o mas alto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ingresos mensuales del segundo padre/madre/guardian			
Salario mensual de empleo- Cantidad que recibe al mes: \$		Apoyo monetario conyugal/manutencion-Cantidad que recibe al mes: \$	
Seguro Social <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSP Cantidad que recibe al mes: \$		Incapacidad- Cantidad que recibe al mes: \$	
Pagos del servicio de proteccion/guardian - Cantidad que recibe al mes: \$		CashAid / TANF / CalWORKS - Cantidad que recibe al mes: \$	
Otra cantidad recibida al mes – anote la cantidad: \$			

Certifico que la información proveeda en este formulario es verdadera a mi conocimiento. Autorizo la divulgación de información al Centro de Desarrollo Infantil WHCCD para elegibilidad, informes y para asegurar beneficios o recursos en mi nombre, y para el seguimiento de transferencias e inscripciones y cualquier otra oficina del campus/ distrito.

Firma de padre/madre/guardian _____

Fecha _____