

# SOLICITUD PARA PROGRAMAS PRE-ESCOLARES

San Ysidro School District <b>Preschool &amp; Child Development</b> 1880 Smythe Avenue, San Ysidro, CA 92173 (619) 428-2352	Nombre del Niño(s): <hr/> Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre
--	---

**OFFICE USE ONLY/SOLO USO DE OFICINA (2023-2024)**

SITE/LOCATION:     CDC/PS     OVH     Sunset

PROGRAM:         State Preschool\* (See reverse for disclosure)     QPI     Other: \_\_\_\_\_

APPLICATION:     Complete    Date \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA, GRACIAS**

<b>I. IDENTIFICACION DE LA FAMILIA: Si usted es padre soltero/tutor, marque el cuadro <input type="checkbox"/></b>			
<b>SU NIÑO VIVE CON:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor (Relación a niño: _____)			
NOMBRE COMPLETO DE MADRE/TUTOR A.	Sexo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)
NOMBRE COMPLETO DE PADRE/TUTOR B.	Sexo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)
Domicilio:	Apt:	Ciudad	Estado    Código Postal
Correo Electrónico (Madre/Tutor):		Correo Electrónico (Padre/Tutor):	

<b>IV. DATOS DE LOS NIÑOS: Escriba a todos sus niños (menores de 18 años) que viven en el hogar.</b>								
Complete for your children that are residing in the home <b>PLEASE PRINT</b>				<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>				
Complete only for children served by your agency								
(1) <b>Nombre completo de su niño(s)</b> Escriba primero el nombre del niño(s) que se inscribirán.	(2) <b>SEXO</b>		(3) <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	(4) <b>ADJUSTMENT FACTOR CODE</b>	(5) <b>ETHNIC CODE</b>	(6) <b>RACE</b>	(7) <b>NATIVE LANGUAGE</b>	(8) <b>PROGRAM CODE</b>
	H	M	MES/DIA/ANO				LANGUAGE CODE	Limited English proficient?
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

**FAVOR DE COMPLETAR LOS SIGUIENTE:**

**Etnicidad:** Hispano or Latino?     SI     No

**Raza:** Marque  los que te corresponde (Datos Requisito del Federal)

<input type="checkbox"/> Indígena Americano (100)	<input type="checkbox"/> Coreana (203)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Samoano (303)	<input type="checkbox"/> Afroamericano (600)
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (100)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Asiático (299)	<input type="checkbox"/> Tahitiano (304)	<input type="checkbox"/> Blanco (700)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> India Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái (301)	<input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico (399)	
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Laosiano (206)	<input type="checkbox"/> Guameña (302)	<input type="checkbox"/> Filipino (400)	

**Special Services:**     Check any applicable services your child has received:     No necesita servicios especiales

Sordo/Problemas de audición     Servicios de habla y lenguaje     Servicio de consejería     Otro: \_\_\_\_\_  
 Problemas de comportamiento     Educación física especial     Problemas con la visita \_\_\_\_\_

**(PARA USO DE OFICINA)**

**DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO POR EL PADRE / TUTOR**

**CERTIFICACION Y FIRMA DEL PADRE / TUTOR:**

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba mencionada es verdadera y correcta según mi entender.</li><li>2. Notificare a la agencia inmediatamente si es que hay algún cambio en mis ingresos, el tamaño de la familia, residencia, empleo o razón para necesitar servicios de desarrollo infantil.</li><li>3. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes y otras personas según como sea necesario para la administración del programa.</li><li>4. Entiendo que, si la agencia niega esta solicitud para recibir servicios, tengo derecho a apelar.</li><li>5. Entiendo que la agencia puede comunicarse con mi empleador y/o con cualquier fuente de mis ingresos declarados para verificar la información presentada como parte de esta solicitud.</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>6. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por los menos una vez al año (al menos una vez cada seis meses para los servicios protectores de los niños). Además, entiendo que, si no renuevo mi elegibilidad, ya no calificare para los servicios subsidiarios de cuidado infantil para mi hijo(a).</li><li>7. Entiendo que recibiré una notificación aprobando o desaprobando mi solicitud dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que firmo este formulario.</li><li>8. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que toda la documentación sea entregada y este formulario haya sido revisado, firmado y fechado por un representante de la agencia y firmado y fechado por mí.</li></ol> |
|--|---|

FIRMA

FECHA

PARENTESCO CON EL NIÑO:

Padre  Abuelo  Tutor  Padre Adoptivo

OTRO: \_\_\_\_\_

**STOP HERE/PARE AQUI**

**FOR OFFICE STAFF USE ONLY/PARA USO DE OFICINA**

**\* DISCLOSURES: STATE PRESCHOOL PROGRAM ONLY**

**STATE PRESCHOOL PROGRAM  
CONFIDENTIAL APPLICATION FOR  
CHILD DEVELOPMENT SERVICES AND  
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY  
EESD 9600 (Rev. 09/17)**

Agency Name: San Ysidro Elementary School District

Family Identification/Case No.: \_\_\_\_\_

Initial Subsidized Service Date: \_\_\_\_\_

Note: State regulations require a formal application and certification for child development services. You will receive written notice of your eligibility no later than 30 days from the date of your signature of this form. Eligibility is determined on the basis of need for child development services and either CalWORKs status or adjusted gross monthly income in relation to family size. This form must be completed by an agency representative in consultation with the family. Refer to the instructions for the completion of this form.

**FAMILY ELIGIBILITY STATUS (Check as many as apply)**

**\*State Preschool Program**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Income Eligible<br>(Attach Documentation)     | <input type="checkbox"/> 24-Month Eligibility<br>(San Diego County Pilot Plan) |
| <input type="checkbox"/> Protective Services<br>(Attach Documentation) | <input type="checkbox"/> Homeless<br>(Attach parent's statement)               |
| <input type="checkbox"/> Severely Handicapped programs<br>(GHAN)       |  |

Quality Preschool Initiative (QPI)

Head Start

Other \_\_\_\_\_

**FAMILY ADJUSTED GROSS MONTHLY INCOME AND SIZE**

A. Family Monthly Income – Family's adjusted monthly income from all sources.  
(Attach verification, documentation & calculation sheet.)

\$ \_\_\_\_\_  85%  Over Rank # \_\_\_\_\_

B. Family Size: \_\_\_\_\_

**Certification is not complete until eligibility is reviewed, signed and dated by an agency representative.**

ELIGIBILITY STATUS: <input type="checkbox"/> Accepted  <input type="checkbox"/> Denied	Date Notice of Action Sent (Attach copy)	Date Notice of Action Given (Attach copy)	First date of subsidized service	Last date of enrollment
SIGNATURE OF AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE	TITLE <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Secretary	Telephone Number  (619) 428-2352	Date	