



Received Stamp

831.393.2246 (O) ♦ 831.393-2247 (F) ♦ 1450 Elm Avenue, Seaside, CA 93955

APLICACIÓN PARA SERVICIOS

Esta solicitud debe ser llenada completamente (con los documentos solicitados) con el fin de ser aceptada y registrada en la lista de espera.

Padre o Guardián Legal A

Nombre	Apellido	Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Alt/Celular
Dirección		Código Postal	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o
				Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Padre o Guardián Legal B

Nombre	Apellido	Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Alt/Celular
Dirección		Código Postal	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o
				Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Escriba Todos Los Niños Viviendo En La Casa

Apellido	Primer y Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	¿Necesita Cuidado?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Modo De Pago

1 **Privado**
 2 **Programa Alternativo de Pago**
 MAOF
 3 **Asistencia AFDC # de Caso:**

Si usted está requiriendo servicios subsidiados debe completar la parte de atrás de esta forma.

4 **Servicios Subsidiados**

Por favor indique cuales centros le interesan

<input type="checkbox"/>	Alisal Campus Early Education Center 1752 E. Alisal Street Salinas, CA 93905	<input type="checkbox"/> Infante (6 semanas-24meses) <input type="checkbox"/> Preescolar (24meses a entrada de kínder)	<input type="checkbox"/>	Avondale Early Education Center 1450 Elm Avenue Seaside, CA 93955	<input type="checkbox"/> Infante (6 semanas-18meses) <input type="checkbox"/> Pequeño (18meses- sin pañal) <input type="checkbox"/> Preescolar (Sin pañal a kínder)
<input type="checkbox"/>	Crescita Early Education Center 1494 Schilling Place Salinas, Ca 93901	<input type="checkbox"/> Infante (6 semanas-18meses) <input type="checkbox"/> Pequeño (18meses-sin pañal) <input type="checkbox"/> Preescolar (Sin pañal a kínder)	<input type="checkbox"/>	CSUMB Child Development Center 100 Campus Drive, Building 91 Seaside, CA 93955	<input type="checkbox"/> Pequeño (18meses-sin pañal) <input type="checkbox"/> Preescolar (Sin pañal a kínder)
<input type="checkbox"/>	Highlands Early Education Center 1650 Sonoma Avenue Seaside, CA 93955	<input type="checkbox"/> Preescolar (30meses a entrada de kínder)	<input type="checkbox"/>	Peninsula Early Education Center 780 Elm Avenue Seaside, CA 93955	<input type="checkbox"/> Infante (6 semanas-18meses) <input type="checkbox"/> Pequeño (18meses-36meses)

Requested Schedule

<input type="checkbox"/> Lunes	_____ am to _____ pm
<input type="checkbox"/> Martes	_____ am to _____ pm
<input type="checkbox"/> Miercoles	_____ am to _____ pm
<input type="checkbox"/> Jueves	_____ am to _____ pm
<input type="checkbox"/> Viernes	_____ am to _____ pm
<input type="checkbox"/> SOLAMENTE Programa por la mañana	8:30am – 11:30am

¿Está usted afiliado con (estudiante, empleado, faculta, etc):

CSU Monterey Bay
 Colegio Hartnell

¿Esta empleado por?

Universidad de Monterey
 Ciudad de Salinas

¿A recibido alguna forma de ayuda monetaria (Welfare, AFDC, Calworks) en los últimos dos años?

Si
 No

¿Cómo se entero de EDS?
 Manejando
 Internet
 Cliente Previo
 Anuncio Imprimido
 Hijo/a Recibiendo Servicio
 Comunicación Entre Personas

Si usted está solicitando cuidado subsidiado, usted debe completar esta página, o su solicitud será considerada incompleta.

Necesidad de cuidado de sus hijos/hijas

(Por favor, seleccione todos los que aplican para cada uno de los padres en el hogar)	Padre A	Padre B
Incapacidad debido a razones medicas o psiquiátricas		
Está trabajando		
Está estudiando o recibiendo entrenamiento		
Está activamente buscando trabajo		
Esta activamente buscando vivienda permanente		
Es un padre adolescente		
Tiene una referencia del Departamento de Servicios de Protección al Niño (CPS)		

Ingresos Mensuales (Determine todos sus ingresos)

Proveer talones de cheques cubriendo un mes emitido en los últimos 60 días de empleo o un formulario de verificación de empleo.

	Padre A	Padre B
Trabajo/Empleo/Negocio	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$
Manutención de Esposa/Esposo	\$	\$
Incapacidad de Estado	\$	\$
Beneficios de Desempleo	\$	\$
Ventas/Comisiones	\$	\$
Asistencia Pública/TANF	\$	\$
Ayuda Financiera	\$	\$
Pago Manutención de niño	\$	\$
Otro	\$	\$

Yo certifico que esta información es verdadera y exacta a partir de la fecha en que se presenta. Entiendo que si soy ofrecido un espacio disponible y mis ingresos han cambiado, hay posibilidad de no ser elegible en el momento.

Con el fin de permanecer activos en lista de espera de Early Development Services, tengo que mantener mi información actualizada.

Firma: _____

Fecha: _____

Office Use Only			
Date Entered:		By:	
Family ID#	Family Size:	Income:	Priority #:
Letter Sent:		Notes:	
<input type="checkbox"/> Application Incomplete: _____ _____			
<input type="checkbox"/> Application Complete: _____ _____			