**Fountain Valley School District**

**Child Care Programs Office**

**9625 Warner Ave. Fountain Valley 92708 714-962-4099**

**State Preschool Eligibility Questionnaire**

استبيان الأهلية لمرحلة ما قبل المدرسة

Note: This is a preliminary application. It does not guarantee your child’s placement in the program.

ملاحظة: هذا تطبيق أولي. لا يضمن وضع طفلك في البرنامج.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FAMILY INFORMATION**

معلومات العائلة

العائدين /الطلاب 

الاسم الأول للطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد------------------------: ذكر أنثى

الاسم الأول والأخير للأب: -------------------------------------------------هاتف الأب -------------------------------------------------------#

الاسم الأول والأخير للأم: -------------------------------------------------هاتف الأم -------------------------------------------------------#

هاتف المنزل: #------------------------------------------ البريد الالكتروني: -----------------------------------------------------------------

العنوان: -------------------------------------------------------------------------------------------الرمز البريدي: ----------------------------

Single Parent والد واحد Two Parent Family عائله من والدين 



لغة الاسرة الاساسية

الطفل لديهIEP،يجب تقديم نسخة من أوراق الطلب

**OTHER CHILDREN LIVING IN YOUR HOME AND UNDER YOUR CARE**

**أطفال آخرون يعيشون في منزلك وتحت رعايتك**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Last Name**  **اسم العائلة** | **First Name**  **الاسم الاول** | **Date of Birth**  تاريخ الميلاد | **School Attending**  **المدرسة التي يرتادها** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**INCOME: PROOF OF INCOME MUST BE SUBMITTED DURING THE APPLICATION PROCESS**

**الدخل: يجب تقديم إثبات الدخل أثناء عملية تقديم الطلب**

**Father’s Gross Income**

**الدخل الإجمالي للأب**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Company Name**  **اسم الشركه** | **Receives Payment:**  (Please check one)  يتلقى الدفع | **Amount paid per pay period**  **المبلغ المدفوع لكل فترة دفع** | **Cash/Check**  **نقدي/ شيك** |
|  | اسبوعي كل أسبوعين شهري مرتين شهريا |  |  |
|  | اسبوعي كل أسبوعين شهري مرتين شهريا |  | زيادة |

**Mother’s Gross Income**

**الدخل الإجمالي للأم**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Company Name**  **اسم الشركه** | **Receives Payment:**  (Please check one)  يتلقى الدفع | **Amount paid per pay period**  **المبلغ المدفوع لكل فترة دفع** | **Cash/Check**  **نقدي/ شيك** |
|  | اسبوعي كل أسبوعين شهري مرتين شهريا |  |  |
|  | اسبوعي كل أسبوعين شهري مرتين شهريا |  |  |

|  |
| --- |
| **Please check all that you receive:**  **يرجى اختيار من كل ما تستلمه**  Unemployed/Disability TANF/CalWORKs/Cash Aide Food Stamps None  Child Support $\_\_\_\_\_\_\_ Spousal Support $\_\_\_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

أمضاء الوالد/ه: --------------------------------------------------------------------التاريخ :-----------------------------------------

**For Agency Use Only. Do not write below this line.**

Family Size: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monthly Gross Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FVSD Boundaries (circle one): **YES NO** Ranking #:\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_