**Distrito Escolar de Fountain Valley**

2024/2025

**Oficina de Programas de Cuidado de Niños**

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

**Cuestionario Estatal de Elegibilidad para Preescolar**

Nota: Esta es una solicitud preliminar. No garantiza la colocación de su hijo/a en el programa.

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

 **INFORMACIÓN FAMILIAR** ¿Reingresa la familia / estudiante?

Nombre y apellido del niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hombre Mujer

Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Familia monoparental Familia biparental Idioma principal del hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 El/La niño/a tiene un IEP, debe proporcionar una copia con el papeleo de la solicitud.

**OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN SU HOGAR Y BAJO SU CUIDADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido** | **Nombre** | **Fecha de****nacimiento** | **La escuela a****la que asiste** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**INGRESOS: SE DEBE ENTREGAR UNA PRUEBA DE INGRESOS DURANTE EL PROCESO DE SOLICITUD**

**Ingresos brutos del padre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Recibe el pago:**(Por favor, marque uno) | **Importe pagado por período de pago** | **Efectivo/Cheque** |
|  |  Semanalmente Cada 2 semanas Mensualmente Dos veces al mes |  |  |
|  |  Semanalmente Cada 2 semanas Mensualmente Dos veces al mes |  |  |

**Ingresos brutos de la madre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Recibe el pago:**(Por favor, marque uno) | **Importe pagado por período de pago** | **Efectivo/Cheque** |
|  |  Semanalmente Cada 2 semanas Mensualmente Dos veces al mes |  |  |

**Ingresos brutos de la madre (cont.)**

encima

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** | **Recibe el pago:**(Por favor, marque uno) | **Importe pagado por período de pago** | **Efectivo/Cheque** |
|  |  Semanalmente Cada 2 semanas Mensualmente Dos veces al mes |  |  |

|  |
| --- |
|  **Por favor, marque todo lo que recibe:** Desempleado/Discapacidad TANF/CalWORKs/Cash Aide Cupones de alimentos Ninguno Manutención de niños $\_\_\_\_\_\_\_ Pensión alimenticia $\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Firma del progenitor(a)/tutor(a)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo para uso de la agencia. No escriba debajo de esta línea.**

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

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