

## Solicitud de lista de espera para preescolar estatal subsidiado

**TAMAÑO DE LA FAMILIA:** \_\_\_\_\_

### Información del padre/ guardian A:

El nombre de familia: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ El teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS *(Al momento de la inscripción, se requerirá documentación de ingresos)*

Ingresos por período de trabajo por pago: \$ \_\_\_\_\_ ¿Pagó con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Horas semanales trabajadas: \_\_\_\_\_  
Monto total mensual para los siguientes tipos de ingresos que se enumeran a continuación (si corresponde): \$ \_\_\_\_\_  
Incapacidad o Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_ Ayuda en efectivo: \$ \_\_\_\_\_  
Beneficios para sobrevivientes/jubilación: \$ \_\_\_\_\_ Manutención conyugal: \$ \_\_\_\_\_  
Compensación de trabajadores: \$ \_\_\_\_\_ Otro: (Describir) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

*Padres de crianza o tutores legales: proporcione el monto total de asistencia en efectivo que los niños reciben cada mes únicamente.*

---

### Información del padre/ guardian B:

El nombre de familia: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ El teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS *(Al momento de la inscripción, se requerirá documentación de ingresos)*

Ingresos por período de trabajo por pago: \$ \_\_\_\_\_ ¿Pagó con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Horas semanales trabajadas: \_\_\_\_\_  
Monto total mensual para los siguientes tipos de ingresos que se enumeran a continuación (si corresponde): \$ \_\_\_\_\_  
Incapacidad o Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_ Ayuda en efectivo: \$ \_\_\_\_\_  
Beneficios para sobrevivientes/jubilación: \$ \_\_\_\_\_ Manutención conyugal: \$ \_\_\_\_\_  
Compensación de trabajadores: \$ \_\_\_\_\_ Otro: (Describir) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

*Padres de crianza o tutores legales: proporcione el monto total de asistencia en efectivo que los niños reciben cada mes únicamente.*

---

SÓLO PARA USO DE OFICINA: RANGO #: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ INICIALES DEL PERSONAL: \_\_\_\_\_

## NIÑO(S) INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Niño(a) 1:

El nombre de familia: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es un niño(a) adoptivo(a)? ☐ Sí ☐ No

Idioma(s) preferido(s) del niño(a):

\_\_\_\_\_

---

Niño(a) 2:

El nombre de familia: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es un niño(a) adoptivo(a)? ☐ Sí ☐ No

Idioma(s) preferido(s) del niño(a):

\_\_\_\_\_

---

### DECLARACIÓN DE TESTIÓN:

La información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta no es una solicitud de inscripción y que se ofrecen espacios subsidiados según la escala de clasificación (tamaño de la familia e ingresos) de la División de Apoyo a la Educación Temprana del Departamento de Educación. Entiendo que se requerirá documentación adicional para verificar la información y la calificación de mi hijo para el programa.

Entiendo que esta solicitud NO garantiza la inscripción en:

JOBTRAIN, INC. CHILD DEVELOPMENT CENTER Programa preescolar del estado de California.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_