

10800 Farragut Drive, Culver City, CA 90230 – T: 310-842-4230 – F: 310-842-4288

## Solicitud para la Lista de Espera

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Solicitud #: \_\_\_\_\_

Completar esta solicitud **NO GARANTIZA** el cuidado de su niño(a) en algún programa del Distrito Escolar Unificado de Culver City, Oficina del Desarrollo del Niño. **Usted debe mantener al día su dirección y números de teléfonos. Si no podemos comunicarnos con usted durante 5 días hábiles, la siguiente persona en la lista de espera será contactada. Su aplicación se mantendrá en archivo por un período de dos (2) años. Si usted ya no está interesada(o) en estar en la lista de espera ó si ya ha hecho otros arreglos para el cuidado, favor de comunicarse con la oficina. Iniciales de los padres:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR # 1 (Proporcionar información únicamente si vive en casa como grupo familiar)

Apellido:	Nombre:	Género: Femenino ____ Masculino: ____
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:
Idioma Primario:		Correo Electrónico:

### No completar esta sección si NO necesita ayuda financiera) INGRESO ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES

INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo/Salario	\$	Manutención para Cónyuge	\$	Estampillas de comida
\$	Ingreso por trabajo propio	\$	Discapacidad Estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Beneficios del Seguro Social	\$	Manutención para hijos	\$	Pensiones/Rentas vitalicias
\$	Compensación al trabajador	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda Financiera para niños
\$	Ingreso Suplementario Estatal	\$	Pago de manutención a hijos	\$	Otro

### INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR # 2 (Proporcionar información únicamente si vive en casa como grupo familiar)

Apellido:	Nombre:	Género: Femenino ____ Masculino: ____
Domicilio:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:
Idioma Primario:		Correo Electrónico:

### (No completar esta sección si NO necesita ayuda financiera) INGRESO ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES

INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE	INGRESO MENSUAL	FUENTE
\$	Sueldo/Salario	\$	Manutención para Cónyuge	\$	Estampillas de comida
\$	Ingreso por trabajo propio	\$	Discapacidad Estatal	\$	Beneficios por desempleo
\$	Beneficios del Seguro Social	\$	Manutención para hijos	\$	Pensiones/Rentas vitalicias
\$	Compensación al trabajador	\$	Subsidios de adopción	\$	Ayuda Financiera para niños
\$	Ingreso Suplementario Estatal	\$	Pago de manutención a hijos	\$	Otro

**RAZÓN DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO DEL NIÑO(A) (Marque todas las opciones que correspondan)**

- Trabaja** (Nombre del empleador): \_\_\_\_\_  **Buscando trabajo**  
 **Asistiendo a la escuela o capacitación laboral** (Nombre de la escuela) \_\_\_\_\_  **Trabajador Migrante**  
 **Médicamente Discapacitado/invalido**  **Sin hogar/Buscando Vivienda**  **Experiencia Preescolar**

**NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (Todos los niños del grupo familiar menores de 18 años o menores de 22 años incapacitados)**

<b>Niño (a) # 1:</b> Apellido : _____ Nombre: _____  Fecha de nacimiento : _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		<b>Niño (a) # 2:</b> Apellido : _____ Nombre: _____  Fecha de nacimiento : _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<b>Cuidado Preescolar:</b> <input type="checkbox"/> Programa de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ninguno	<b>Cuidado de TK a 5 grado:</b> <input type="checkbox"/> Cuidado después de escuela <input type="checkbox"/> Cuidado antes de escuela <input type="checkbox"/> Días cortos de clases	<b>Cuidado Preescolar:</b> <input type="checkbox"/> Programa de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ninguno	<b>Cuidado de TK a 5 grado:</b> <input type="checkbox"/> Cuidado después de escuela <input type="checkbox"/> Cuidado antes de escuela <input type="checkbox"/> Días cortos de clases
<b>Nombre de la escuela que prefiere para el cuidado:</b> _____		<b>Nombre de la escuela que prefiere para el cuidado:</b> _____	
<b>Año escolar:</b> _____	<b>Grado:</b> _____	<b>Año escolar:</b> _____	<b>Grado:</b> _____
¿Está el niño(a) bajo el servicio de protección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está el niño(a) bajo el servicio de protección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Niño (a) # 3:</b> Apellido : _____ Nombre: _____  Fecha de nacimiento : _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		<b>Niño (a) # 4:</b> Apellido : _____ Nombre: _____  Fecha de nacimiento : _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<b>Cuidado Preescolar:</b> <input type="checkbox"/> Programa de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ninguno	<b>Cuidado de TK a 5 grado:</b> <input type="checkbox"/> Cuidado después de escuela <input type="checkbox"/> Cuidado antes de escuela <input type="checkbox"/> Días cortos de clases	<b>Cuidado Preescolar:</b> <input type="checkbox"/> Programa de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ninguno	<b>Cuidado de TK a 5 grado:</b> <input type="checkbox"/> Cuidado después de escuela <input type="checkbox"/> Cuidado antes de escuela <input type="checkbox"/> Días cortos de clases
<b>Nombre de la escuela que prefiere para el cuidado:</b> _____		<b>Nombre de la escuela que prefiere para el cuidado:</b> _____	
<b>Año escolar:</b> _____	<b>Grado:</b> _____	<b>Año escolar:</b> _____	<b>Grado:</b> _____
¿Está el niño(a) bajo el servicio de protección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está el niño(a) bajo el servicio de protección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MÉDICAS**

<b>Marque todas las opciones que correspondan para cada niño enumerado arriba</b>	<b>Niño/a # 1</b>	<b>Niño/a # 2</b>	<b>Niño/a # 3</b>	<b>Niño/a # 4</b>
El niño tiene un Plan Familiar de Servicios Individual (IFSP/ 0-3 años de edad)				
El niño tiene un Plan Individual de Educación (IEP/de 3 años de edad o mayores)				
El niño está recibiendo servicios a través de un centro regional/comienzo temprano				
El niño está recibiendo servicios a través de un distrito escolar local (Educación Especial)				
El niño tiene retrasos del desarrollo (cognitivo, autismo, síndrome de Down, etc.)				
El niño tiene retrasos del desarrollo (físico motriz)				
El niño tiene comportamiento o retrasos emocionales/sociales				
El niño tiene discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas)				
El niño tiene problemas de salud/médicas ( asma, diabetes, otros:				
El niño tiene problemas de lenguaje, comunicación o habla				
El niño tiene problemas de audición/visión				

**Para uso de la Oficina Únicamente**

Fecha de Recibida la Solicitud: \_\_\_\_\_ Copia Para: \_\_\_\_\_