

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA**Programas de Educación Temprana y Aprendizaje**

Centro de Educación Burbank • 2046 N. Allen Ave, Altadena, CA 91001 • (626) 396-5762 • Fax (626) 798-7738 • earlychildeducation@pusd.us

El programa de educación temprana mantiene una lista de espera actual de acuerdo con las prioridades de admisión. Toda la información de esta solicitud se mantiene en la más estricta confidencialidad garantizada por la Sección 8208 (ai) y (aj) de la CE, son niños de tres o cuatro años de edad cumplidos el 1º de septiembre o antes para el año fiscal en el que son atendidos. Según lo definido en la Sección 8208 (l) de la CE, los niños con necesidades excepcionales son niños que tienen un plan de servicio familiar individualizado (IFSP) o un programa de educación individualizado (IEP), reciben intervención temprana y servicios relacionados o educación especial apropiada y requieren la atención especial de adultos en un entorno de cuidado infantil. Los contratistas deben determinar la elegibilidad para la inscripción como se describe en la Sección 8235 (b) de la CE. Además, los contratistas deben inscribir a los niños elegibles para la edad en el orden de prioridad de admisión como se especifica en las secciones EC 8236 y 826 (b):

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA

NOTA: Las solicitudes incompletas o ilegibles SE DEVOLVERAN lo cual puede retrasar el proceso.

Nombre del Padre/Madre (Principal)		Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo
Dirección		Ciudad	Código Postal L M M J V S D
Empleador (Nombre de la Campaña)	Ciudad	Horario de Trabajo (ej. 8 a.m.- 5 p.m.)	Marque los Días que Trabaja
Nombre del (Esposo/Esposa)		Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo L M M J V S D
Empleador (Nombre de la Campaña)	Ciudad	Horario de Trabajo (ej. 8 a.m. - 5 p.m.)	Marque los Días que Trabaja

Por favor liste todos los dependientes (menores de 18 años de edad) que están a su cargo y viven en su hogar:

Nombre del Niño/a	[]	/	/	Parentesco	Grado	Nombre de la Escuela
Nombre del Niño/a	[]	/	/	Parentesco	Grado	Nombre de la Escuela
Nombre del Niño/a	[]	/	/	Parentesco	Grado	Nombre de la Escuela
Nombre del Niño/a	[]	/	/	Parentesco	Grado	Nombre de la Escuela

¿Está aplicando para cuidado de tiempo completo u tiempo parcial? _____

Por favor explique las razones por las que necesita cuidado de todo el día para sus niños: (Marque lo correspondiente)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Niño referido como "en riesgo" de maltrato o negligencia |
| <input type="checkbox"/> Padre incapacitado con necesidades médicas o psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento • ¿Cuáles son sus Metas vocacionales? | <input type="checkbox"/> Desamparado |

Idioma(s) que habla(n) en el hogar: Inglés Español Otro(s) _____

¿El niño/a que inscribe actualmente tiene un IEP/IFSP? Sí No

En caso afirmativo, explique la razón _____

Por favor de indicar la escuela de preferencia:

1. _____
2. _____
3. _____

INGRESO FAMILIAR

¿Cuál es la fuente de ingreso? (Por favor marque todos los que aplican):

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| 1. Ingreso Mensual del Solicitante | \$ _____ | 8. Ingreso Mensual del conyugue | \$ _____ |
| 2. Seguro de Desempleo | \$ _____ | 9. Incapacidad/ Indemnización de Trabajo | \$ _____ |
| 3. Pensiones/ Anualidades | \$ _____ | 10. Propinas/ Comisiones | \$ _____ |
| 4. Welfare (AFDC) Cal Works | \$ _____ | 11. SSI/ SSP | \$ _____ |
| 5. Miembros de la familia que reciben AFDC | \$ _____ | 12. Manutención de Niño/a Pensión de divorcio | \$ _____ |
| 6. Seguro Social | \$ _____ | 13. Otros (Por favor explique) | \$ _____ |
| 7. Negocio Propio | \$ _____ | | |

Explique Aquí _____

Ingreso mensual total de la familia \$ _____

¿Tiene orden de un tribunal para pagar por la manutención de algún niño que no vive con usted? Sí No

¿Si sí, cuánto por mes? \$ _____

CERTIFICACION

Declaro que, de acuerdo a mi conocimiento y creencia, la información anterior es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con notificar a la agencia inmediatamente si hubiera cualquier cambio en la información contenida en este formulario. Comprendo que la información que he proporcionado es confidencial y será usada solo para determinar mi elegibilidad para los servicios del desarrollo del niño y establecer mi prioridad en la lista de espera. Además, comprendo que toda la información que he proporcionado será verificada antes de recibir mi aprobación para los servicios.

Firma del Solicitante

Fecha

Parentesco con el(los) Niño(s)

FOR OFFICE USE ONLY

Is this an initial Application? Yes No

If No, what is the date of the Initial Application? ___/___/___

Average countable Monthly Family Income: \$ _____

Approved Changed Denied (Ineligible)

Referral list sent (Ineligible) Date: ___/___/___

Number in Basic Family Unit: _____

Subsidized

Full Fee

Special Need Referral

LEP/NEP

Full Time

Part Time

Protective Services

SIBLING ENROLLED AT _____ Center

SCHOOL OF RESIDENCE: _____

Posted on Waiting List

Reviewed by: _____

Date: _____