

Dear Parent or Guardian:

This letter confirms that we have received your request to be added to **Child Care Resource Center's Eligibility List (E-List) for subsidized child care programs.**

Now that your information has been entered, it is important to keep your information current and correct so that we can contact you in the event of a vacancy in one of our subsidized programs.

To update your information, you may call the CCRC office that is closest to you.

- San Fernando and Santa Clarita Valleys (818) 717-1000 ext. 4478
- Antelope Valley (661) 789-1200 ext. 4479
- San Bernardino County (909) 890-0018 ext. 2092
- Victorville/Eastern San Bernardino County (760) 245-0770 ext. 3995

The E-List is a list of families who are requesting subsidized childcare, and who meet the eligibility requirements set by the California Department of Education (CDE).

1. How will I know that my children are eligible for subsidized childcare?

The E-List application will ask for information on your need for childcare, your household income, and your family size. This information is used to determine eligibility to be registered on the E-List for subsidized childcare. ***This confirms your registration only! It does not mean you will receive services!!!***

Being on the Eligibility List does not guarantee your child will be enrolled in subsidized care.

2. After my family is registered on the E-List, how long before my child is enrolled in subsidized child care?

Unfortunately we cannot tell you in advance when a vacancy will occur or how long you may be on the E-List. This is because of several factors:

- ◆ Funding is limited and openings in programs occur infrequently.
- ◆ Your place on the E-List changes as family information changes and other families are added or deleted from the list. This is not a first-come, first-served eligibility list.
- ◆ Being called for services depends on where openings occur and for what type of program. For instance, your 6 year old will not be called for a pre-school opening.
- ◆ Some families have a higher priority than others. For instance, a family with a lower household income may be called before you; or a family with a child already in a subsidized program will be called first if they have a brother or sister waiting for care.

3. How will I know when a space for my child becomes available?

When a space becomes available through CCRC, you will be contacted using the information you provided when you registered for the Eligibility List. Programs need to fill spaces quickly, so it is important to respond promptly. At the time you are contacted you will be asked to verify your information. An appointment to enroll your child will be set up. At the time of the appointment with the agency or center, you must bring in documents to verify your income, work situation, etc.



San Fernando Valley Headquarters
Tel 818-717-1000
20001 Prairie Street • Chatsworth • CA 91311
www.ccrcca.org

Antelope Valley Office
Tel 661-789-1200
250 Grand Cypress Avenue • Palmdale • CA 93551

San Bernardino Office
Tel 909-384-8000
1111 East Mill Street, Suite 100 • San Bernardino • CA 92408

Victorville Office
Tel 760-245-0770
15456 West Sage Street • Victorville • CA 92392

4. What if I don't want the type of childcare offered by the E-List program that contacts me? If you are contacted to enroll in a program that does not meet your needs, you do not have to enroll. Your family record will remain on the Eligibility List so that other programs can contact you when they have openings. However, if after several contacts, you continue to refuse to enroll, you may be taken off the E-List.

5. Can I request care from a particular program or center?

Yes. When you register on the E-List, you can ask for a particular program (center/site) for your child. However, if your family is not in the highest priority categories, you may not be contacted first.

6. After my family is registered on the E-List, should I call to ask about openings?

It is not necessary. However, if your family situation changes, then immediately notify the program where you registered so they can update your E-List record. Changes would include:

- ◆ increase or decrease in income,
- ◆ change of address or phone,
- ◆ change in the number of persons in the household,
- ◆ changes in work or school activities; or
- ◆ new child needing child care or your child care needs have changed.

You can update your information over the phone or in person.

Sincerely,

Family Assessment and Orientation Unit

Por favor no regrese esta carta. Por favor Conserve por su archivo.

Estimado Pare/Tutor:

Esta Carta confirma que hemos recibido su solicitud para ser anadido a la lista de elegibilidad del Centro de Recursos de Cuidado Infantil para los programas de cuidado infantil subsidiado.

Ahora que su informacion ha sido ingresada, es importante mantener la informacion actualizada y correcta para que podemos contactar con usted en caso de vacante en uno de nuestros programas subsidiados.

Para actualizar su informacion, puede llamar la oficina mas cerca a usted

- San Fernando Valleys (818)717-1000 ext. 4478
- Antelope Valley (661)789-1200 ext. 4479
- San Bernardino County (909)890-0018 ext. 2092
- Victorville/Eastern San Bernardino County (760)345-0770 ext. 3995

La Lista de Elegibilidad es una lista de familias que necesitan cuidado infantil subsidiario y quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad establecida por el Departamento de Educacion de California (CDE).

1. ¿Cómo sabré si mis niños son elegibles para el cuidado infantil subsidiario?

La aplicación de la Lista de Elegibilidad pedirá información sobre sus necesidades para cuidado infantil, sus ingresos, y el tamaño de su familia. Esta información es usada para determinar su elegibilidad para registrarlo en la Lista de Elegibilidad para cuidado infantil subsidiario. **Esto confirma solo su registración, No significa que recibirá los servicios.**

Estar en la Lista de Elegibilidad no garantiza que su niño será inscrito en cuidado subsidiario.

2. ¿Después que mi familia esté registrada en la Lista de Elegibilidad, cuánto tiempo tomará para que mi niño sea inscrito en cuidado infantil subsidiario?

Desafortunadamente no podemos anticipar cuándo habrá cupo o cuánto tiempo estará en la Lista de elegibilidad. Esto es por varios factores:

- Los fondos son limitados y los espacios en los programas ocurren raramente.
- Su lugar en la Lista de Elegibilidad cambia conforme la información familiar cambia y otras familias son agregadas o borradas de la lista. La lista no es basada en cuánto tiempo tenga usted en ella.
- Ser llamado para la ayuda depende donde el cupo ocurre y el tipo de programa. Por ejemplo, su niño de 6 años no será llamado para un cupo pre-escolar.

- Algunas familias tienen un prioridades más alto que otras. Por ejemplo, una familia con ingresos bajos puede ser llamada antes que usted; o una familia con un niño ya en un programa subsidiario sera llamada primero si el hermano/a está en espera de cuidado.

3. ¿Cómo sabré cuándo habrá cupo disponible para mi niño?

CCRC ú otro programa de cuidado infantil lo contactará usando la información proporcionada por usted al registrarse en la Lista de Elegibilidad. Los programas necesitan llenar los cupos inmediatamente. Al tiempo que sea contactado tendrá que verificar su información. Se hará una cita para inscribir a su niño. Usted tendrá que traer los documentos para verificar su ingreso, situación de empleo, etc.

4. ¿Y si no deseo el tipo de cuidado infantil ofrecido por el programa la Lista de Elegibilidad que me ha contactado?

Si usted es contactado por otro tipo de programa que no reúna sus necesidades, no necesita inscribirse. Su expediente familiar se mantendrá en la Lista de Elegibilidad, para que otros programas puedan contactarlo cuando tengan cupo. Sin embargo, si después de varias veces de contactarlo, usted continúa rehusándose a inscribirse, posiblemente será removido de la Lista de Elegibilidad.

5. ¿Puedo solicitar cuidado de un programa o guardería en particular?

Sí. Cuando se registre en la Lista de Elegibilidad, puede preguntar por un programa en particular (guardería / sitio) para su niño. Sin embargo, si su familia no está en el prioridad más, usted no será contactado primero.

6. ¿Después que mi familia esté registrada en la Lista de Elegibilidad, debo llamar para preguntar acerca de cupos?

No es necesario. Sin embargo, si alguna de su información cambia, entonces inmediatamente notifique al programa donde está registrado para que puedan actualizar su expediente en la Lista de Elegibilidad. Cambios incluyen:

- Aumento o disminución de ingresos,
- Cambio de nombre, dirección, o teléfono,
- Cambio de personas en su familia,
- Cambio de empleo, actividad escolar; o
- Recién nacido o cambios en sus necesidad de cuidado infantil.

Usted puede actualizar su información por teléfono, o personalmente.

Sinceramente,

Family Assessment and Orientation Unit

Información de Contacto:

Nombre del padre/guardián #1 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Código Postal Condado _____

Teléfono-en casa- (____) _____ Teléfono-del celular ú otro (____) _____ Idioma primario _____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

Nombre del padre/guardián #2 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

#1 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

#2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres

Necesidad de Cuidado Infantil: (por favor marque todo lo que corresponda para cada Padre /guardián u otros adultos en casa)

	Trabajando	Medicamento Incapacitado/Discapacitado	Buscando Trabajo	Sin Hogar	En la escuela/Entrenamiento	Trabajador Migratorio
Padre/Guardián #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Guardián #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuentes de ingresos (Escriba el total en dólares de todas sus fuentes de ingresos por cada adulto que recibe por mes antes de impuestos y deducciones)

Fuentes de ingresos	Padre/Guardián#1	Padre/Guardián#2
Trabajo / Empleo		
Mantenimiento Infantil		
Mantenimiento de Esposa (o)		
Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability)		
Beneficio de desempleo (Unemployment)		
Comisiones de venta/trabajo		
Asistencia Financiera		
Compensación al Trabajo (Workers Comp)		
Otros/Explicue		

CalWORKS (ayuda financiera)

Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)?
 NO SI - # de Caso: _____

Si la respuesta es **NO**, ha recibido ayuda financiera (welfare) en los últimos 2 años (24 meses)?
 NO SI

Si la respuesta es **SI**, por favor indique la fecha en qué terminó la ayuda: ____/____/____ # de Caso: _____



(818) 717 – 1000 ext 4478
 (661) 789 - 1200 ext 4479

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Niño Adoptivo?	Cantidad de ayuda Youakim	Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre-Escolar Estatal?	Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado?
1			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Necesita Cuidado:

(marque todo lo que corresponda)

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Todo el día	<input type="checkbox"/>				
Medio tiempo	<input type="checkbox"/>				
Noches	<input type="checkbox"/>				
Toda la noche	<input type="checkbox"/>				
Fines de semanas	<input type="checkbox"/>				

Lugares preferidos
(Diferentes al código postal de su casa)

Necesidades Especiales:

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Conocimiento limitado del Inglés	<input type="checkbox"/>				
Servicios de Protección Infantil	<input type="checkbox"/>				
Severamente discapacitado	<input type="checkbox"/>				
Su niño tiene un IEP, IFOP	<input type="checkbox"/>				
Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar?	<input type="checkbox"/>				
Social/Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/>				
Problemas continuos de salud	<input type="checkbox"/>				
Retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/>				
Visión o audición	<input type="checkbox"/>				

Prefiere ud. un centro o sitio específico

Si No

Nombre _____

Para Niño # _____

Para uso oficial solamente

New App. ____/____/____

Update App. ____/____/____

Información de Contacto:

Nombre del padre/guardián #1 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Código Postal Condado _____

Teléfono-en casa- (____) _____ Teléfono-del celular ú otro (____) _____ Idioma primario _____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

Nombre del padre/guardián #2 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

#1 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

#2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres

Necesidad de Cuidado Infantil: (por favor marque todo lo que corresponda para cada Padre /guardián u otros adultos en casa)

	Trabajando	Medicamento Incapacitado/Discapacitado	Buscando Trabajo	Sin Hogar	En la escuela/Entrenamiento	Trabajador Migratorio
Padre/Guardián #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Guardián #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuentes de ingresos (Escriba el total en dólares de todas sus fuentes de ingresos por cada adulto que recibe por mes antes de impuestos y deducciones)

Fuentes de ingresos	Padre/Guardián#1	Padre/Guardián#2
Trabajo / Empleo		
Mantenimiento Infantil		
Mantenimiento de Esposa (o)		
Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability)		
Beneficio de desempleo (Unemployment)		
Comisiones de venta/trabajo		
Asistencia Financiera		
Compensación al Trabajo (Workers Comp)		
Otros/Explicue		

CalWORKS (ayuda financiera)

Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)?
 NO SI - # de Caso: _____

Si la respuesta es **NO**, ha recibido ayuda financiera (welfare) en los últimos 2 años (24 meses)?
 NO SI

Si la respuesta es **SI**, por favor indique la fecha en qué terminó la ayuda: ____/____/____ # de Caso: _____



San Bernardino Office
 1111 E. Mill St. Suite 100 San Bernardino, Ca. 92408
 Phone (909) 890-0018 ext 2092
 Fax (909) 386-5071
 cel@ccrcca.org

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Niño Adoptivo?	Cantidad de ayuda Youakim	Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre-Escolar Estatal?	Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado?
1			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Necesita Cuidado:

(marque todo lo que corresponda)

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Todo el día	<input type="checkbox"/>				
Medio tiempo	<input type="checkbox"/>				
Noches	<input type="checkbox"/>				
Toda la noche	<input type="checkbox"/>				
Fines de semanas	<input type="checkbox"/>				

Lugares preferidos
(Diferentes al código postal de su casa)

Necesidades Especiales:

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Conocimiento limitado del Inglés	<input type="checkbox"/>				
Servicios de Protección Infantil	<input type="checkbox"/>				
Severamente discapacitado	<input type="checkbox"/>				
Su niño tiene un IEP, IFOP	<input type="checkbox"/>				
Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar?	<input type="checkbox"/>				
Social/Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/>				
Problemas continuos de salud	<input type="checkbox"/>				
Retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/>				
Visión o audición	<input type="checkbox"/>				

Prefiere ud. un centro o sitio específico

Si No

Nombre _____

Para Niño # _____

Para uso oficial solamente

New App. ____/____/____

Update App. ____/____/____

Información de Contacto:

Nombre del padre/guardián #1 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Código Postal Condado _____

Teléfono-en casa- (____) _____ Teléfono-del celular ú otro (____) _____ Idioma primario _____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

Nombre del padre/guardián #2 Nombre: _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre de Empleador/Escuela: _____ Código Postal de Trabajo/Escuela Teléfono de trabajo/escuela () _____

#1 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

#2 Seleccionar todos los días que atiende: L M M J V S D (horario) De: _____ Hasta: _____

Padre (madre) soltero (a) Familia con ambos padres

Necesidad de Cuidado Infantil: (por favor marque todo lo que corresponda para cada Padre /guardián u otros adultos en casa)

	Trabajando	Medicamento Incapacitado/Discapacitado	Buscando Trabajo	Sin Hogar	En la escuela/Entrenamiento	Trabajador Migratorio
Padre/Guardián #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Guardián #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuentes de ingresos (Escriba el total en dólares de todas sus fuentes de ingresos por cada adulto que recibe por mes antes de impuestos y deducciones)

Fuentes de ingresos	Padre/Guardián#1	Padre/Guardián#2
Trabajo / Empleo		
Mantenimiento Infantil		
Mantenimiento de Esposa (o)		
Seguro de Incapacidad Estatal (State Disability)		
Beneficio de desempleo (Unemployment)		
Comisiones de venta/trabajo		
Asistencia Financiera		
Compensación al Trabajo (Workers Comp)		
Otros/Explicue		

CalWORKS (ayuda financiera)

Actualmente recibe ud. asistencia financiera (welfare)?
 NO SI - # de Caso: _____

Si la respuesta es **NO**, ha recibido ayuda financiera (welfare) en los últimos 2 años (24 meses)?
 NO SI

Si la respuesta es **SI**, por favor indique la fecha en qué terminó la ayuda: ____/____/____ # de Caso: _____



Victorville Office
 15456 W. Sage St. Victorville, Ca. 92392
 Phone (760) 245-0770 ext 3995
 Fax (760) 245-1072
 cel@ccrcca.org

FAVOR DE INCLUIR TODOS SUS HIJOS MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN SU HOJAR

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Niño Adoptivo?	Cantidad de ayuda Youakim	Este niño esta Matriculado en Head Start o en un Programa Pre-Escolar Estatal?	Este niño esta registrado en algún programa de cuidado infantil subsidiado?
1			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Necesita Cuidado:

(marque todo lo que corresponda)

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Todo el día	<input type="checkbox"/>				
Medio tiempo	<input type="checkbox"/>				
Noches	<input type="checkbox"/>				
Toda la noche	<input type="checkbox"/>				
Fines de semanas	<input type="checkbox"/>				

Lugares preferidos
(Diferentes al código postal de su casa)

Necesidades Especiales:

	Niño #1	Niño #2	Niño #3	Niño #4	Niño #5
Conocimiento limitado del Inglés	<input type="checkbox"/>				
Servicios de Protección Infantil	<input type="checkbox"/>				
Severamente discapacitado	<input type="checkbox"/>				
Su niño tiene un IEP, IFOP	<input type="checkbox"/>				
Recibe servicios a través del Centro Regional o Distrito Escolar?	<input type="checkbox"/>				
Social/Emocional/Comportamiento	<input type="checkbox"/>				
Problemas continuos de salud	<input type="checkbox"/>				
Retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/>				
Visión o audición	<input type="checkbox"/>				

Prefiere ud. un centro o sitio específico

Si No

Nombre _____

Para Niño # _____

Para uso oficial solamente

New App. ____/____/____

Update App. ____/____/____