



Bienvenido al Programa de CAPE, Inc.

Este paquete de solicitud es el principio del proceso para inscribir a su hijo(a) al programa. Este va a determinar si su hijo(a) es elegible para los Programas de CAPE, Inc. Favor de llenar la solicitud adjunta y llamar a la trabajadora de elegibilidad (Patricia) al 925-443-3434 x 112 para hacer una cita. Cuando usted venga a su cita, favor de traer consigo todo el papeleo totalmente lleno y la siguiente información:

- ❑ Una nueva solicitud, escrita en tinta negra o azul y completamente llena por delante y por detrás.
- ❑ Comprobante e nacimiento de todos los hermanos mencionados en la solicitud (acta de nacimiento, tarjeta de Medical, comprobante bautismal, pasaporte, o identificación estatal)
- ❑ Verificación d sueldo de cada adulto mencionado en la solicitud, 3 meses de los últimos talones de cheque, carta reciente de TANF/Cal Works y copia de los últimos tres cheques, carta de beneficios de seguro social y copia de los últimos tres cheques. Si usted está inscrito en la escuela o entrenamiento, se le pide que traiga horario de sus clases / entrenamiento.
- ❑ Comprobante de domicilio (factura actual de luz, agua, teléfono del hogar, contrato de alquiler) No aceptamos facturas de celular.
- ❑ Cartilla de vacunas incluyendo la vacuna de varicela de acuerdo con las regulaciones de California de cuidado de niños.



## Aplicación

<b>Nombre del niño (a):</b> (Apeido)		(Primer Nombre)	
<b>Fecha de Nacimiento del Niño (a):</b>	<b>Grupo Racial:</b> (Circule) Otro: _____ Blanco		
	Negro	Hispano	Indio Americano Asiático/De las Islas del Pacifico
<b>Genero:</b> M                      F	<b>Ideoma Principal del Niño (a):</b> _____		<b>Lugar de Nacimiento:</b> _____
	<b>Segundo Ideoma del Niño (a):</b> _____		<b>Grupo Ethnico:</b> _____
<b>Madre/Guardián:</b>		<b>Parentesco:</b>	<b>Ideoma de la Madre:</b>
<b>Padre/Guardián:</b>		<b>Parentesco:</b>	<b>Ideoma del Padre:</b>
<b>Dirección del Niño (a):</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Télefono:</b> ____ (____) _____ <small>(Circule uno) Hogar Trabajo Mensaje Celular</small>		<b>Otro Télefono:</b> ____ (____) _____ <small>(Circule uno) Hogar Trabajo Mensaje Celular</small>	
<b>Adultos relacionados con el Niño (a):</b> (Circle One)			
Un Padre    Dos Padres    Padres Adoptivos    No relación    Custodia Legal Compartida    Custodia Legal Individual			
<b>Numero de Personas:</b>		<b>Numero de Niños:</b>	
En la familia (    )                      En la casa (    )		En la familia (    )	
<b>¿Esta la madre esperando bebe?</b> Sí    No    Fecha en que nacerá el bebe:		<b>Nombre y numero de seguro medico para el niño(a):</b>	
<b>Recibe:</b>  TANF              CalWORKS              SSI              WIC		<b>Medico de su niño(a):</b>	
		<b>Dentista de su niño(a):</b>	
<b>¿Tiene el niño/a alguna condición médica?</b>		(Círcule y describa la condición)	
Sí    No    Sospecha		Alergia    Asma    Ataque    Condición Cardiaca    Otro/a	
<b>¿Tiene el Niño (a) algun impedimento especial?</b>		(Describe la condición si fué diagnosticada la fecha, y quien lo diagnostico.)	
Sí    No    Sospecha			



Información de los miembros de la familia

<b>Adultos</b> (Lste todos los adultos relacionados con la familia y en el hogar, empezando con la cabeza de la familia)		<b>Nivel de Educación (clave)</b> G9=Primaria/Secundaria HSG=Preparatoría G10=Grado 10 COL=Colegio G11=Grado 11 CTG= Colegio /Cert G12=Grado 12 GED=Gen. Ed. Diploma		<b>Estado de Empleo (clave)</b> B=Trabajo y entrenamiento F=Tiempo complete R=Retirado P=Medio tiempo D=Disabilitado U=Desempleado T=Entrenamiento	
Nombre y Apeido de los adultos en la familia y en el hogar		Fecha de Nacimiento	Genero	Nivel de Educación	Estado de Empleo
A01			M F		
A02			M F		
A03			M F		
A04			M F		
A05			M F		

<b>Niños (as)</b> (Liste todos los niños (as) en la familia)		<b>Adultos Emparentados con niño/a (clave)</b> B12=Dos adultos A01=Primer adulto A02=Segundo adulto		<b>Como esta emparentado (clave)</b> C=Natural/Adoptado/Hijaastro F=Foster G=Nieot/a N=Sobrino/a O=Otro	
Nombre y Apeido de los niños en la familia		Fecha de Nacimiento	Genero	Adultos Emparentados con niño/a	Como esta emparentado
xxx	Nino(a) Solicitante:	xxxxxxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
C01			M F		
C02			M F		
C03			M F		
C04			M F		
C05			M F		
C06			M F		
C07			M F		
C08			M F		
C09			M F		

Yo, aqui certifico que toda esta información mencionada es verdadera y correcta. Tambien entiendo que la información en esta aplicación sera guardada en extricta confidencia para uso de esta agencia solamente y tender acceso a ella si la llego a necesitar en horas regulares.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE. NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA\*\*\*\*\*

Center Preference:		Program:	Session:
Bess Platt	Frederiksen	Head Start/EHS only	Part Day
Hill-n-Dale	Horizon	Head Start/State	Full Day
Jackson	Kinderkirk	State only	Extended Day
Leahy	Ormond		

Comments: (Special Family Circumstances:)

Staff Received Application:	Date:	Staff Processed Application:	Date:
-----------------------------	-------	------------------------------	-------



**CAPE Inc.**  
Community Association for Preschool Education

---

