SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT—Child Development Services
2828 Fourth Street, Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 314-0859

Solicitud Para El Cuidado de Niños - Edad Escolar (SAP)

Por favor de mandar la solicitud a: sap@smmusd.org o por FAX al (310) 314-0859

¿Esta usted solicitando asistencia financiera? NO _____ SÍ _____

Si marcó NO favor de llenar esta pagina de la forma solamente. ♦ Si marco SI por favor de llenar las dos páginas de la forma.

NIÑOS QUE NECESITAN EL PROGRAMA DE EDAD ESCOLAR:

1. **Nombre del niño(a):** _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Genéro: F ☐ / M ☐ Grado** ____
2. **Nombre del niño(a):** _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Genéro: F ☐ / M ☐ Grado** ____
3. **Nombre del niño(a):** _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Genéro: F ☐ / M ☐ Grado** ____

Nombre del Padre/Guardian # 1:	*Nombre del Padre/Guardian # 2:*
► _____	► _____
Dirección de Casa: _____	**Dirección de Casa:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** ___**Código Postal:**_____	**Ciudad:**_____**Estado:**____**Código Postal:**_____
Correo electrónico: _____	**Correo electrónico:**_____
Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____	**Teléfono de Casa:** (_____) _____ - _____
Teléfono de Celular (_____) _____ - _____	**Teléfono de Celular** (_____) _____ - _____
Empleo/Escuela del Padre /Guardián # 1: _____	**Empleo/Escuela del Padre/Guardián # 2:**_____
Dirección del trabajo ó escuela:_____	**Dirección del trabajo ó escuela:**_____
Teléfono del empleo: (_____) _____ -_____	**Teléfono del empleo:** (_____) _____-_____
Por favor marque todo lo que corresponda: Idioma del niño(a): Inglés _____ Español _____ Otro_____	**Por favor marque todo lo que corresponda:** Idioma de los padres: Inglés _____ Español _____ Otro_____
Raza del niño(a) ☐ Americano Nativo o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Africano Americano ☐ Blanco ☐ Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacifico	**Etnicidad del niño(a):** ☐ Hispano o Latino ☐ NO Hispano o Latino

► **Tiene su niño(a) un IFSP ó IEP (para educación especial)?** Si_____ No _____ (Si marco SI, incluya una copia del IFSP o IEP)

► **Èsta aplicando para un permiso escolar de SMMUSD?** Si ____ No_____ Tipo de permiso: INTRA o INTER
Si ésta aplicando para un permiso escolar INTRA cual es la escuela que le pertenece de acuerdo con su direccion: _____

Por favor marque la escuela que su niño(a) va asistir:

☐ Edison ☐ Roosevelt
☐ SMASH ☐ Will Rogers
☐ Grant ☐ Franklin
☐ McKinley ☐ No he decidido

¿QUE PROGRAMA ESTA SOLICITANDO?

☐ **Mañanas solamente**
(7:00 a.m. hasta que comiense la escuela)

☐ **Tiempo Completo (antes y despues de la escuela)**
(De 7:00 a.m. hasta que comiensen las classes y despues de escuela hasta las 6:00 p.m.

➪ ***Por favor indique el año que esta solicitado:***
❒ *2023-24* ❒ *2024-25*

Firma del padre/guardian: _____ ***Fecha:*** _____

► LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SOLO POR FAMILIAS QUE ESTÁN SOLICITANDO ASISTENCIA FINANCIERA

Número de niños viviendo en el hogar: _____

¿Es usted una familia de un solo padre? SI _____ NO_____

Ingreso bruto mensual del padre/guardian # 1 (*antes de deducciones*): _____

Ingreso bruto mensual del padre/guardian # 2 (*antes de deducciones*): _____

¿Está usted ó algún miembro de su familia recibiendo los siguiente?

☐ Manutención $ _____ ☐ Desempleo $ _____ ☐ TANF/CalWORKs $ _____ ☐ Estampillas de Comida $ _____

☐ Medi-CAL ☐ Healthy Families ☐ SSI ☐ WIC

¿Está su familia sin hogar/sin techo? SI _____ No_____

¿Está su niño(a) bajo el cuidado del Servicio y Protección al Menor? SI_____ NO_____

¿Tiene usted otros niños matriculados en cualquier otro programa subsidiario del Estado?

NO_____ SI _____→ Nombre del niño(a): _____ Escuela: _____

Por favor anote todos los niños(as) en el hogar:

Nombre del niño(a):	**Fecha de Nacimiento**	**Genéro: F /M**	**Escuela/Grado:**
Nombre del niño(a):	**Fecha de Nacimiento**	**Genéro: F /M**	**Escuela/Grado:**
Nombre del niño(a):	**Fecha de Nacimiento**	**Genéro: F /M**	**Escuela/Grado:**

Comentarios:

_____

_____.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián **Fecha**

OFFICE USE ONLY:

DATE RECEIVED: _____ *ELIGIBILITY #* _____