



SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT—Child Development Services

2828 Fourth Street, Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 396-1618 Solicitud

Solicitud para ITC y Preescolar

WWW.SMMUSD.ORG

¿Está solicitando asistencia financiera? NO _____ SÍ _____

Si marcó SÍ, por favor llene ambas páginas del formulario. ♦ Si marcó NO, por favor llene esta página SOLAMENTE.

NIÑOS QUE NECESITAN PREESCOLAR:

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|------|---|---|-------------|
| 1. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo | F | M | Grado _____ |
| 2. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo | F | M | Grado _____ |
| 3. Nombre del Niño(a): _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Sexo | F | M | Grado _____ |

Nombre del Padre/Tutor 1:

► _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Nombre del Padre/Tutor 2:

► _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Empleador/Escuela del Padre/Tutor 1:

Dirección de Trabajo/Escuela: _____

Teléfono de Trabajo/Escuela: _____

Empleador/Escuela del Padre/Tutor 2:

Dirección de Trabajo/Escuela: _____

Teléfono de Trabajo/Escuela: _____

Lengua Materna Primaria del Niño:

Inglés _____ Español _____ Otro _____

Lengua Materna Primaria del Padre/ Madre:

Inglés _____ Español _____ Otro _____

Raza del Niño(a):

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco

☐ Nativo de Hawaii u Otro Isleño del Pacífico

Etnicidad del Niño(a):

☐ Hispano o Latino

☐ NO Hispano o Latino

► **¿Tiene su niño(a) un IFSP o IEP (para Educación Especial)?** Sí _____ No _____ (Si es Sí Adjunte una copia del IFSP/ IEP)

☐ Centro para Bebés/ Niños Pequeños (0 -35 meses)

Debe cumplir 3 años de edad para el 9/1

☐ Franklin

☐ Washington West

☐ John Adams

☐ Indeciso

☐ Lincoln

☐ McKinley

Tipo de Preescolar que solicita:

☐ Día Parcial (3 horas)

☐ Día Completo (Horas que necesita _____)

⇒ **Por favor marque √ el año escolar que solicita:**

☐ 2024-25

☐ 2025-26

Firma del Padre/ Tutor

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 padre/madre soltero(a)? **SÍ** _____ **NO** _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 1: _____

Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del Padre/Tutor 2: _____

¿Está usted o alguien de su familia recibiendo:

☐ Manutención de Menores \$ _____ ☐ Desempleo \$ _____ ☐ TANF/Cal WORKs \$ _____ ☐ Medi-CAL
☐ Cal Fresh/Estampillas de Comida \$ _____ ☐ Healthy Families ☐ SSI

¿Está su familia sin hogar? **SÍ** _____ **NO** _____

¿Está su niño bajo el cuidado de Servicios de Protección Infantil? **SÍ** _____ **NO** _____

¿Tiene otros niños inscritos en algún programa subsidiado por el estado con SMMUSD?

NO _____ **SÍ** _____ → **Nombre del niño(a):** _____ **Escuela:** _____

Por favor anote a continuación todos los hermanos en el hogar (no los que están solicitando preescolar o cuidado de niños):

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:
Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo F / M	Escuela /Grado:

Comentarios:

_____.

Firma del Padre /Tutor

Fecha

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

FECHA RECIBIDO: _____ **ELIGIBILIDAD#:** _____