|  |
| --- |
| Date submitted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPS: □ Yes □ No Application number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**St. Mary’s Center Preschool application**

3208 San Pablo Ave Oakland, CA 94608 (510) 595-4030

**Child information/información del niño**

|  |
| --- |
| Child’s Name/ **Nombre del Nino*:*** *\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date of Birth/**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex/ **Sexo**: M/F  Home Address/ **Dirección de la casa***: \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Parent/guardian information**/ Padre/guardian información** #1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| First name/**nombre de pila** | | Last name/ **apellido** | |
| Home phone/**número de casa** | | Cell number/ **número de celular** | |
| Email address/ **dirección de correo electrónico:** | | | |
| Home address/ **Dirección de la casa***:* |  | |  |
| Relationship to child/**Relación con la niña:** | Marital status/ **Estado civil:** | | Preferred language/**Idioma preferido:** |

Parent/guardian information**/ Padre/ Guardian información** #2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| First name/**nombre de pila** | Last name/ **apellido** | | |
| Home phone/**número de casa** | Cell number/ **número de celular** | | |
| Email address/ **dirección de correo electrónico**: | | | |
| Home address/ **Dirección de la casa***:* | | | |
| Relationship to child/**Relación con la niña:** | | Marital status/ **Estado civil:** | Preferred **language/Idioma preferido:** |

**Household information/ Información del hogar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total number of children in household/ **Número total de niños en el hogar**\_\_\_\_ | Total number of adults in household/ **Número total de adultos en el hogar**\_\_\_\_\_\_\_\_ | Total |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Income Sources/ **fuentes de ingresos** | Parent/**padre** 1 | Parent/**padre** 2 | |
| Employment, Salary, Self-Employment Earnings (before taxes)/ **Empleo, salario, autoempleo (antes de impuestos)** |  |  |
| CALWORKS/Cash Aid/ |  |  |
| Child or Spousal Support You Receive/ **Manutención de menores o conyugal que recibe** |  |  |
| Unemployment Benefits/ **Beneficios de desempleado** |  |  |
| Worker's Compensation/ **Compensación al trabajador** |  |  |
| Disability/ **Invalidez** |  |  |
| Other: (please describe)/ **Otro: (por favor describa)** |  |  |

Reason for needing childcare**/ Razón por la que necesita cuidado de niños**

Please check all that apply/ **Por favor marque todos los que apliquen**

Parent/**Padre** #1 Parent/**Padre** #2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| working/ **trabajando** |  |  |  |
| In school or training  **En la escuela o entrenamiento** |  |  |  |
| Incapacitated  **Médicamente incapacitado** |  |  |  |
| Actively Seeking Employment  **Búsqueda activa de empleo** |  |  |  |
| Homeless/Seeking permanent housing  **Personas sin hogar / en busca de vivienda permanente** |  |  |  |
| Child Protective Services (CPS)  **Servicios de protección infantil (CPS)** |  |  |  |

**Program information**

|  |
| --- |
| Have chlid attended school before/**haga que su hijo asista a la escuela antes?** □ yes/**si** or □ no/**no** |
| Does child have an IEP/? **La niña/El niño tiene** IEP? □ yes/**si** or □ no/**no** |
| Does your child have special needs/ **Su hijo tiene necesidades especiales?** |
| List any known allergies or medical condition/**Enumerar alergias o afecciones médicas**  **conocidas**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Does child require the use of/ **Requiere el niño el uso de un*?***□ inhaler/ **inhalador** or □ EpiPen/ |
| Has child been immunized/ **Se ha inmunizado a la niña/ al nino?** □ yes/**si** or □ no/**no** |
| How long have child been toliet trained/ **Hace cuanto su hijo/a va al bano solo**? \_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| How did you hear about us/ **Como te enteraste de nosotras** |

Enrollment document needed upon official enrollment/ **Documento de inscripción necesario al momento de la inscripción oficial**

* Birth certificate of all children in the household/ **Certificado de nacimiento de todos los niños en** l**a casa**
* immunization card for enrolled child/ **Tarjeta de vacunación para niño inscrito**
* Current proof of income/ **Comprobante de ingresos actual**
* Tax return required for Head Start component/ **• Se requiere declaración de impuestos para el componente de Head Start**
* **Two** Current proof of address (PGE, EBMUD, Rental Agreement) / **Dos Comprobante de domicilio actual (PGE, EBMUD, contrato de alquiler)**
* Medical card/ **Tarjeta médica**
* Student health exam **form/ Formulario de examen de salud del estudiante**
* Student dental form/ **Formulario dental del estudiante**

Signature/ **firma:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/ **fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_