|  |
| --- |
| 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)** |  |  |
| If zero income, initial on this line/ **Si ingreso cero, inicial en esta línea** |  |  |

All families are selected based on an eligibility criterion. Those criteria can be founded on our website at stmaryscenter.org .  **Todas las familias se seleccionan según un criterio de elegibilidad. Esos criterios se pueden encontrar en nuestro sitio web en stmaryscenter.org.**

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 (see below)/ **Búsqueda activa de empleo (ver más abajo)** |  |  |  |
| Homeless/Seeking permanent housing**Personas sin hogar / en busca de vivienda permanente** |  |  |  |
| Child Protective Services (CPS)**Servicios de protección infantil (CPS)** |  |  |  |
| If you are actively seeking employment, what is your plan to secure, change, or increase employment/ **Si está buscando empleo activamente, ¿cuál es su plan para asegurar, cambiar o aumentar el empleo?** |
| If you are actively seeking employment, you may receive only 30 hours of care per week. What is your requested schedule?/ **Si está buscando empleo activamente, puede recibir solo 30 horas de atención por semana. ¿Cuál es su horario solicitado?** |
|  |

Program information

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

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

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**