



Infant, Toddler & Preschool Program

299 Dolores Street (at 16th)

San Francisco, CA 94103

Tel: 415.861.5361

Fax: 415-861-8926

intake@holyfamilydayhome.org

Licencia #380500308

Licencia #384000975

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

***** Por favor escriba claro. Todas las preguntas tienen que ser COMPLETAMENTE contestadas para que puedan ser procesadas. Gracias*****

Es sumamente importante que actualice su dirección, número de teléfono, correo electrónico e ingreso mensual si uno de ellos cambia. Esto puede afectar su elegibilidad y puede perder una vacante si no le podemos contactar.

Fecha: _____

Solicitando para (Por favor circule): **Programa Infantil** **Programa Preescolar**

¿Cuándo necesita cuidado de niño? _____

<p>Niño #1 Nombre del Solicitante _____ Fecha de nacimiento o Día de parto: _____ Sexo: _____</p> <p>_____</p> <p>Niño #2 Nombre del Solicitante _____ Fecha de nacimiento o Día de parto: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Niño #3 Nombre del Solicitante _____ Fecha de nacimiento o Día de parto: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Niño #4 Nombre del Solicitante _____ Fecha de nacimiento o Día de parto: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>(Si están aplicando antes del nacimiento, por favor déjenos saber la fecha aproximada de nacimiento)</p>

<p><u>PADRE/GUARDIAN #1:</u></p> <p>Nombre _____ Relación con el Niño _____</p> <p>Calle/Dirección de Domicilio _____</p> <p>Ciudad/Estado _____ Código Postal _____</p> <p>Teléfono de Casa (_____) _____</p> <p>Correo Electrónico _____</p> <p>Celular (_____) _____</p> <p>Idioma Principal _____</p> <p><u>PADRE/GUARDIAN #1 INFORMACIÓN DE TRABAJO/ESCUELA:</u> <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Entrenamiento Nombre del Empleado/Escuela _____</p> <p>Teléfono de Empleo/Escuela (_____) _____ Extensión _____</p> <p>Horario/Empleo, Escuela _____ a _____ Días (por favor circule): L M M J V</p>

<p><u>PADRE/GUARDIAN #2:</u></p> <p>Nombre _____ Relación con el niño _____</p> <p>Calle/Dirección de Domicilio _____</p> <p>Ciudad/Estado _____ Código Postal _____</p>

Teléfono de Casa (____) _____

Correo Electrónico _____

Celular (____) _____

Idioma Principal _____

PADRE/GUARDIAN #2 INFORMACIÓN DE TRABAJO/ESCUELA: Empleo Entrenamiento

Nombre del Empleador/Escuela _____

Teléfono del Empleo/Escuela (____) _____ Extensión _____

Horario de Trabajo/Escuela _____ a _____ Días (por favor circule): L M M J V

TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____ (Ponga el numero de padres/guardianes, otros familiares & amigos)

LISTA DE HIJOS DEPENDIENTES QUE VIVEN EN EL HOGAR: NECESITA CUIDADO DE NIÑO EN HFDH?:

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Quién cuida a su hijo en este momento? _____

HFDH COBROS DEL CUIDADO DE NIÑOS: INGRESO BRUTO MENSUAL (ANTES DE IMPUESTOS) PARA:

Cuota Mensual para el cuidado de niños de las edades:	Padre/Guardián #1:	_____
La cuota para los niños de 3-24 meses que <u>no están</u> listos para ir a los baños solos es \$1795 por mes	Padre/Guardián #2:	_____
La cuota para los niños de 24-36 meses que <u>no están</u> listos para ir a los baños solos es \$1540 por mes	Otros Ingresos:	_____
La cuota para niños de 2-6 que pueden ir solos al baño es \$1300 por mes	Ingreso Total De La Casa:	_____

Dependiendo del ingreso de su familia, usted podría calificar para algún tipo de beca.

Verificación de impuestos y copias de colillas de cheque serán requerida para todos los adultos en la casa, si necesita ayuda financiera.

Información Financiera:

DOLORES:

Pago Privado

Vale:

*En caso afirmativo, quien abátese el vale:

4c's Children's Council Wu Yee PACE

Otros: _____

Especialista: _____

De Contacto: _____

Transición de Vivienda/Familias Desamparadas

SF3C: **(por favor marque esta caja si esta en la lista de SFC3)**

SFC3 es la Lista Centralizada de Elegibilidad. Basado en su ingreso y el tamaño de su familia, usted puede ser elegible para recibir un subsidio. SFC3 esta localizado en Children's Council de San Francisco en la 445 Church St. de San Francisco. Si ya esta en la lista de SFC3, usted recibirá una carta de Children's Council cuando haya un espacio en HFDH disponible. Para inscribirse en la lista de SFC3 usted tiene que mostrar que usted califica y esto esta basado en sus ingresos/y en la verificación de la familia.

MINNA:

Vale: Pago Privado ACCESS

*En caso afirmativo, quien abátese el vale (circular uno):

4c's Children's Council Wu Yee PACE Otros: _____

Especialista: _____

De Contacto: _____

¿COMO TUVO CONOCIMIENTO DE HFDH?

Amistad Feria Internet Otros: _____

DEPOSITO:

Con la registraci3n, un deposito/y un cargo para paseos es requerido para apartar el espacio de su hijo. El dep3sito ser3 aplicado el primer mes de su cuota. Por favor tome nota que el **dep3sito no es reembolsable, no hay excepciones**. El dep3sito no es necesario para algunos contratos que son subsidiados.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Afirmo en lo mejor de mi conocimiento y creencia, que la informaci3n anterior es exacta como se indica. Entiendo que esta informaci3n puede ser objeto de revisi3n por el Estado de California.

Firma: _____

Fecha: _____

FOR HFDH USE ONLY:

Application received.

Date _____ By _____

Income verification received.

Date _____ By _____

Employment/Training verification received.

Date _____ By _____

Two (2) recent pay stubs for all adults in household received.

Date _____ By _____

Entered into HFDH database.

Date _____ By _____

Entered into CEL database.

Date _____ By _____

Contact Info Notes:

