



OXNARD SCHOOL DISTRICT

1051 South "A" Street Oxnard, California 93030 805/487-3918 www.oxnardsd.org

| |
|--|
| Office use only: Rank No. _____ Family Size: _____ GEO: _____ |
|--|



STATE PRESCHOOL-WAITING LIST APPLICATION

List all children that are part of your family unit who live with you and are under the age of 18. List preschool child(ren) first.

| Last Name | Name | Male/Female | Date of Birth | School |
|-------------------------------------|------|-------------|---------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Preschool of your preference: _____ | | | | |

Please check if your child(ren) are recipients of:

- Child Protective Services: children receiving support services or emergency shelter because children are at risk of abuse or neglect.
- Exceptional Needs: children determined to be eligible for special education and related services.
- Please specify special needs: _____

Please Mark if Single Parent:

FATHER

MOTHER

| | | | | |
|---|---|------------------------------|---|------------------------------|
| Last Name | | | | |
| First Name | | | | |
| Address | | | | |
| City, State & Zip Code | | | | |
| Home Telephone | | | | |
| Cell Phone | | | | |
| Do you have Permanent Housing? | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| Homeless | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| Are you currently receiving CalWorks Cash Aid? (Please mark YES or NO) | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Yes: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| Parent Characteristics (Mark all that apply) | Teen Parent | <input type="checkbox"/> | Teen Parent | <input type="checkbox"/> |
| | Migrant Family | <input type="checkbox"/> | Migrant Family | <input type="checkbox"/> |
| | Foster Parent | <input type="checkbox"/> | Foster Parent | <input type="checkbox"/> |
| | None (Not applicable) | <input type="checkbox"/> | None (Not applicable) | <input type="checkbox"/> |
| What are the sources of your income? (Check all that apply for each parent) | Monthly Gross Income from Work or Self Employment | \$ - | Monthly Gross Income from Work or Self Employment | \$ - |
| | Unemployment Benefits | \$ - | Unemployment Benefits | \$ - |
| | Public Assistance: TANF/Cash Aid (calWorks) | \$ - | Public Assistance: TANF/Cash Aid (calWorks) | \$ - |
| | Child Support | \$ - | Child Support | \$ - |
| | Social Security Benefits | \$ - | Social Security Benefits | \$ - |
| Total Monthly Family Income (from both parents) | | | \$ | |

If Foster parent, please indicate monthly income received for child(ren): \$ _____

The order in which children are enrolled is based on ranking specifications in accordance to State Regulations. Eligibility for services is verified at the time of enrollment with the completion of an application and supporting documents. Enrollment applications are distributed as vacancies become available. You will be notified according to admission priority.

I DECLARE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IS CONFIDENTIAL AND WILL BE USE TO DETERMINE MY PRIORITY ON THE WAITING LIST.

I UNDERSTAND THAT ALL OF THE INFORMATION I HAVE PROVIDED WILL BE VERIFIED BEFORE I MAY BE APPROVED FOR SERVICES.

Parent Signature

Date

Relationship to Child(ren)



Office use only:
 Rank No. _____
 Family Size: _____
 GEO: _____



PREESCOLAR DEL ESTADO-APLICACION PARA LISTA DE ESPERA

Anote todos los niños que pertenecen al núcleo familiar que viven con usted y que son menores de 18 años de edad. *Anote niño(s) para el preescolar primero.*

| Apellido | Nombre | Masc/Femenino | Fecha de Nacimiento | Escuela |
|----------|--------|---------------|---------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Escuela Preescolar de su preferencia: _____

Por favor marque si su niño (s) es (son) recipientes de :

- *Servicios de Protección de Niños: niños recibiendo servicios de apoyo, albergue de emergencia porque esta(n) en riesgo de abuso o negligencia.
 Necesidad Excepcional: niños que son determinados a ser elegibles para educación especial y servicios relacionados.
 Por favor especifique necesidades especiales del niño: _____

Marque si es Padre ó Madre Soltero(a):

PADRE

MADRE

| | | | | |
|--|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Apellido | | | | |
| Primer Nombre | | | | |
| Dirección | | | | |
| Ciudad, Estado & Co. Postal | | | | |
| Teléfono de casa | | | | |
| Teléfono celular | | | | |
| ¿Tiene Vivienda permanente? | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| Sin hogar | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| ¿Esta recibiendo ayuda monetaria de CalWorks (Welfare) en este momento? | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| Características Paternales (Marque todo lo que aplique) | Padre Adolescente | <input type="checkbox"/> | Padre Adolescente | <input type="checkbox"/> |
| | Familia Migrante | <input type="checkbox"/> | Familia Migrante | <input type="checkbox"/> |
| | Padre de crianza | <input type="checkbox"/> | Padre de crianza | <input type="checkbox"/> |
| | Ninguno Aplica | <input type="checkbox"/> | Ninguno Aplica | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuáles son sus fuentes de ingreso? (Marque todo lo que aplique para cada padre) | Ingresos Brutos Mensual de Trabajo ó Trabajo por Cuenta Propia | \$ - | Ingresos Brutos Mensual de Trabajo ó Trabajo por Cuenta Propia | \$ - |
| | Beneficios de Desempleo | \$ - | Beneficios de Desempleo | \$ - |
| | Ayuda Monetaria: TANF/Cash Aid (calWorks) | \$ - | Ayuda Monetaria: TANF/Cash Aid (calWorks) | \$ - |
| | Mantenimiento de niños | \$ - | Mantenimiento de niños | \$ - |
| | Beneficios de Seguro Social | \$ - | Beneficios de Seguro Social | \$ - |
| Ingreso Total Mensual de la Familia (incluya ambos padres) | \$ | | \$ | |

Si es Padre de Crianza, por favor especificar ingreso mensual que recibe por niño(s): \$ _____

La orden en la cual los niños son matriculados está basada en especificaciones de acuerdo al Reglamento del Estado. La Elegibilidad para recibir servicios es verificada en el momento de la inscripción con la finalización de una registración y comprobantes necesarios. Las aplicaciones de inscripción son distribuidas cuando los puestos vacantes se hacen disponibles. Usted será notificado de acuerdo a la prioridad de admisión.

DECLARO QUE AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA INFORMACION PROVEIDA ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO QUE LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES CONFIDENCIAL Y SERA USADA PARA DETERMINAR MI PRIORIDAD EN LA LISTA DE ESPERA.
 ENTIENDO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE PROVEIDO SERA VERIFICADA ANTES DE QUE SEAN APROBADOS LOS SERVICIOS.

Firma de Padre

Fecha

Relación con niño(a)