

**Office Use Only** Staff Initials \_\_\_\_\_  
 Date Application Received: \_\_\_\_\_  
 Ranking: \_\_\_\_\_ Student: \_\_\_\_\_

## Los Angeles Community College District Child Development Center

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Año Escolar 2021-2022

Por favor envíe la solicitud completa al Centro de Desarrollo Infantil.

Completando esta solicitud no implica que su hijo haya sido aceptado en el programa.

Nota: Documentación que verifique la información de esta solicitud será necesaria para la inscripción.

<b>PARTE I - Información infantil</b> (Para niños que está solicitando cuidado solamente)			
Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:

<b>PARTE II - Información de Padres/Tutor #1</b> (Debe proporcionar información sobre todos los adultos en el hogar)		
Apellido:	Nombre:	Correo Electronico:
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:
Telefono de Casa:	Telefono de Trabajo:	Telefono Celular:

<b>Información de Padres/Tutor #2</b> (Debe proporcionar información sobre todos los adultos en el hogar)		
Apellido:	Nombre:	Correo Electronico:
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:
Telefono de Casa:	Telefono de Trabajo:	Telefono Celular:

<b>PART III – Programa Solicitado (Por favor Verifique)</b>	
<b>Programa Preescolar (Día Completo)</b> Lunes-Viernes: <u>Cuidado En Persona</u> <input type="checkbox"/> <u>*Programa Virtual</u> <input type="checkbox"/>	<b>Programa Infantil (Día Completo)</b> Lunes- Viernes: <u>Cuidado En Persona</u> <input type="checkbox"/> <u>*Programa Virtual</u> <input type="checkbox"/>
<b>* Programa virtual solo disponible según lo dispuesto por el Departamento de Salud Pública</b>	

<b>PARTE IV – Necesidad de cuidado a Tiempo Completo (Marque Todo lo que aplique)</b>		
	Parent/Guardian #1	Parent/Guardian #2
En la Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamente Incapacitado/Discapacitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin Hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño en Riesgo (Servicios de Protección)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra Razon(Especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE V – Para Participantes de CalWORKs / TANF (Marque Todo lo que Aplique)**

1. ¿Es usted un participante activo del programa LACCD CalWORKs? Si  No   
2. ¿Cuál de las siguientes acciones está recibiendo? TANF:  CalWORKs:

**PART VI- Student Status**

1. ¿Cuál es su objetivo vocacional principal/educativo?

Padre/Tutor #1 \_\_\_\_\_ Padre/Tutor #2 \_\_\_\_\_

Número de unidades de crédito que tomar este semestre en un de los Colegios Comunitarios de Los Angeles:

Padre/Tutor #1: 12 unidades+ \_\_\_\_\_ 11-9 unidades \_\_\_\_\_ 8-4 unidades \_\_\_\_\_ 3-1 unidades \_\_\_\_\_ No Credito \_\_\_\_\_

Padre/Tutor #2: 12 unidades+ \_\_\_\_\_ 11-9 unidades \_\_\_\_\_ 8-4 unidades \_\_\_\_\_ 3-1 unidades \_\_\_\_\_ No Credito \_\_\_\_\_

2. ¿Aplico a este centro el año pasado?? Si  No

3. ¿A qué Colegio/escuela/centro vocacional esta asistiendo? \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_

**PART VII – Tamaño familiar & Idioma del hogar**

Es un Hogar de Padre Soltero? Si  No

Número total de miembros de la familia? \_\_\_\_\_

Idioma del Hogar: \_\_\_\_\_

**Lista de todos los hermanos que viven en casa: (niño/as solamente)**

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	¿Está el niño recibiendo servicios de intervención temprana?
1.		<input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Servicio Pendiente <input type="checkbox"/> N/A
2.		<input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Servicio Pendiente <input type="checkbox"/> N/A
3.		<input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Servicio Pendiente <input type="checkbox"/> N/A
4.		<input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Servicio Pendiente <input type="checkbox"/> N/A

**PARTE VIII – Identidad racial/étnica – Marque todo lo que corresponda**

- Indio americano o nativo de Alaska  Hispanic/Latino  
 Negro o afroamericano  No hispano o latino  
 Blanco  
 Asiático  
 Nativa hawaiana o isleña del Pacífico

**PARTE IX– Fuente de Ingresos(Por favor incluya todas las fuentes de ingresos)**

	Padre/Tutor #1	Padre/ Tutor #2	
Empleo	\$	\$	
TANF/CalWORKs	\$	\$	
Desempleo	\$	\$	
Ayuda en Efectivo	\$	\$	
Otro:	\$	\$	Ingreso Mensual Total:
TOTAL	\$	\$	\$

**PART X - Certificación**

Certifico hasta el máximo de mi conocimiento que las declaraciones anteriores son verdaderas. Entiendo que proporcionar información engañosa o fraudulenta son motivos para la denegación y/o terminación de los servicios. Entiendo que tengo el derecho de apelar la denegación de mi solicitud de servicios.

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LOS ANGELES COMMUNITY COLLEGE DISTRICT  
LOS ANGELES SOUTHWEST COLLEGE  
CHILD DEVELOPMENT CENTER  
(323) 241-5000**

**Solicitud de Inscripción 2021 – 2022**

Los siguientes documentos deben adjuntarse, dejarse o enviarse por correo electrónico con la solicitud a: [lasc-cdc@lasc.edu](mailto:lasc-cdc@lasc.edu):

- **Verificación de ingresos familiares**
  - Verificación de TANF/Cal WORKs (Aviso de Acción) y/o
  - Últimos talones de cheque de pago (ingreso familiar total de 1 mes) o
  - Verificación de desempleo y/o discapacidad
  - Auto certificación escrita de los ingresos (si no hay talones de pago)
- **Verificación adicional (enviar copias de lo siguiente)**
  - Certificado de nacimiento de todos los niños menores de 18 años
  - Registro de vacunación del niño (s) que está solicitando
  - Impresión actual de la clase, Plan educativo y calificaciones finales más recientes
- **Una vez recibida su información:**
  - Su nombre / nombre del niño se coloca en la lista de espera de acuerdo con su elegibilidad de clasificación
  - Se contacta a las familias a medida que hay espacio disponible en el aula: Responda con prontitud
  - Se le pedirá que complete la siguiente fase del proceso de inscripción, que implica presentar un informe médico LIC para el niño LIC 701 [PHYSICIAN'S REPORT-CHILD CARE CENTERS](#) y completar el 2º conjunto de documentación requerida
  - Después de lo cual debe asistir a una orientación del programa, fecha y hora TBA.
  - **Tenga en cuenta:** el fracaso o la demora en responder resultará en que su nombre sea devuelto a la lista de espera y la próxima familia contactada
- Los servicios a las familias están subvencionados (gratuitos) o sujetos a una cuota mensual fija

**Programa de día completo ofrecidos:**

Lunes-Jueves: 7:30-3:00 pm Viernes 7:30 am-12:00 pm

**Toddler**

12 Months – 36 Months

**Pre-School**

3 – 5 years of age (potty learned)  
(Must be 3 years of age before September 1st)

Este proceso no implica aceptación en el centro \*\*\*