

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

Los Angeles Community College District Child Development Center  
**SOLICITUD DE INSRIPCIÓN**

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.**

PARTE I - Información infantil (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:

PARTE II - Información de Padres/Tutor #1 (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:

Información de Padres/Tutor #2 (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:

PART III – Programa Solicitado (Por favor Verifique)	
<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"/>
* Programa virtual solo disponible según lo dispuesto por el Departamento de Salud Pública	

PARTE IV – Necesidad de cuidado a Tiempo Completo (Marque Todo lo que aplique)		
	Parent/Guardian #1	Parent/Guardian #2
En la Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	El niño recibe servicios de intervención temprana			
1.		IFSP	IEP	Services Pending	N/A
2.		IFSP	IEP	Services Pending	N/A
3.		IFSP	IEP	Services Pending	N/A
4.		IFSP	IEP	Services Pending	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:
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**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**

**Proceso de preinscripción**

**Debe presentarse una tarjeta de consulta completa y/o una solicitud inicial de clasificación y elegibilidad al Centro de Desarrollo Infantil para ser considerado para el servicio/matriculación**

**Los siguientes pasos del proceso de inscripción son los siguientes:**

Su nombre/el nombre de su hijo se coloca en la lista de espera de acuerdo con su clasificación de elegibilidad. Se contacta a las familias a medida que hay espacio disponible en el salón de clases. Responda con prontitud. Se le pedirá que complete la siguiente fase del proceso de preinscripción, que implica:

**• Verificación de ingresos familiares/Enviar copias de lo siguiente**

- Verificación de TANF/CalWORKs (Aviso de acción) y/o
- Últimos talones de cheque de pago (ingreso total del hogar de 1 mes) o
- Verificación de desempleo y/o discapacidad
- Autocertificación de ingresos por escrito (si no hay recibos de pago)
- Certificado de nacimiento de todos los niños del hogar menores de 18 años.
- Registro de vacunas del niño(s) que usted está solicitando
- Impresión de la clase actual, plan educativo y calificaciones finales más recientes
- Informe médico LIC del niño LIC 701 [INFORME MÉDICO-CENTROS DE CUIDADO INFANTIL](#)
- Se puede solicitar documentación adicional y se proporcionarán más instrucciones.

**Los documentos solicitados deben adjuntarse, entregarse o enviarse por correo electrónico a: [lasc-cdc@lasc.edu](mailto:lasc-cdc@lasc.edu).**

**Tenga en cuenta:** si no responde o se retrasa, su nombre volverá a la lista de espera y se contactará a la siguiente familia. El servicio para familias está subsidiado (gratuito) o sujeto a una tarifa familiar mensual fija.

**Infantil/Niños Pequeños**

12 Meses – 36 Meses

**Preescolar**

3 – 5 años de edad (aprendí a ir al baño)  
(Debe tener 3 años cumplidos antes del 1 de septiembre)

**Programa de día completo ofrecidos:**

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

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