ELIGIBILITY FORM
Coastside Children's Programs

Priority Rank

Padre/Guardián A: Información		
Nombre:	Apellido:	Lenguaje:
¿Es padre soltero? Sí No	Correo Electrónico:	Teléfono Móvil:
Relación con el niño/a:	Eres: Empleado Vagabundo Incapacitado Estudiante	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:

Padre/Guardián A: Ingreso Mensual Bruto * actualizar CCP con cambios *	
Trabajo: $	Manutención de Niños: $
Discapacidad o Desempleo: $	Manutención de Pareja: $
Cash Aid (CalWORKS or TANF): $	Compensación de Trabajo: $
Otro o sin ingresos (por favor declare la cantidad o describa su situación):	

Padre/Guardián: B Información Complete solo si el Padre/Guardián B vive en la misma dirección y es responsable de los niños que se enumeran a continuación:		
Nombre	Apellido:	
Lenguaje:	Correo Electrónico:	Teléfono Móvil:
Relación con el Niño/a:	Eres: Empleado Vagabundo Incapacitado Estudiante	

Padre/Guardián B: Ingreso Mensual Bruto * actualizar CCP con cambios *	
Trabajo: $	Manutención de Niños: $
Discapacidad o Desempleo: $	Manutención de Pareja: $
Cash Aid (CalWORKS or TANF): $	Compensación de Trabajo: $
Otro o sin ingresos (por favor declare la cantidad o describa su situación):	

Niños que Necesitan Servicios				
Nombre de Niño	Apellido de Niño	Fecha de Nacimiento	¿El/ella tiene un IEP o IFSP?	¿Es un hijo/a adoptivo temporal o tiene un CPS?
			Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No
Número de niños en la familia menores de 18 años que no necesitan servicios:				

Preferencia de Ubicación		
Nombre de Niño	Preescolar	Edad Escolar
	Half Moon Bay Montara	Half Moon Bay El Granada Montara
	Half Moon Bay Montara	Half Moon Bay El Granada Montara

Firma del Padre/Guardián:	Fecha: