Little Angels
Country School

C.S.P.P. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE FINANCIADO POR EL ESTADO: Spanish

Fecha: _____
Hora: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____

Informacion del niño/ a

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Primer Idioma: _____

Nombre de Seguro Medico: _____ Cuantos en la familia? _____

Información de Guardian

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código de Área: _____ # Celular: _____

Email: _____

Primer Idioma: _____ Segundo Idioma: _____

Ingresos del Mes: _____ Fuente de Ingresos?: _____

Licencia De Identificación (Necesitamos Copia) _____

Vacunas del Adulto (Necesitamos Copia) _____

CalWorks/ TANF in past 24 mo.? Yes/ No Receiving WIC? Yes/ No Food Stamps? Yes/ No

Other: _____

Información de Guardian

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código de Área: _____ # Celular: _____

Email: _____

Primer Idioma: _____ Segundo Idioma: _____

Ingresos del Mes: _____ Fuente de Ingresos?: _____

Licencia De Identificación (Necesitamos Copia) _____

Vacunas del Adulto (Necesitamos Copia) _____

CalWorks/ TANF in past 24 mo.? Yes/ No Receiving WIC? Yes/ No Food Stamps? Yes/ No

Other: _____

Firma: _____ Fecha : _____