

**Pre-Application**       **Returning Student**       **Change of Caregiver**

<b>Applicant's Name:</b> (Child or Pregnant mother applying for services)	<b>DOB:</b>	<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
---	-------------	---

<b>Name of Parent/Guardian A:</b>	<b>DOB:</b>	<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Relationship to Applicant:</b> <input type="checkbox"/> Natural Parent/Adopted/Step <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other _____	<b>Check Languages Spoken in the Home:</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	

<b>Name of Parent/Guardian B:</b> <i>(Living in the household - Yes/No)</i>	<b>DOB:</b>	<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Relationship to Applicant:</b> <input type="checkbox"/> Natural Parent/Adopted/Step <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other _____	<b>Check Languages Spoken in the Home:</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	

<b>Applicant's Living Address:</b> _____	<b>Phone:</b>	<b>Alternate Phone:</b>
	Text msg <input type="checkbox"/>	Text msg <input type="checkbox"/>

**Email address:** \_\_\_\_\_

**List additional children living in the home under your care:** *(Do not include applicant listed above)*

Name(s):	DOB:	Relationship to Applicant:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Name of Emergency Contacts:	Phone:	Relationship to Applicant:
1.		
2.		

**Check all that apply:**

<input type="checkbox"/> CalWorks/ TANF/ Tribal TANF	<input type="checkbox"/> Adoption Assistance	<input type="checkbox"/> Child Support	<input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP
<input type="checkbox"/> Foster/ KinGap	<input type="checkbox"/> Social Security Benefits	<input type="checkbox"/> Alimony	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Homelessness/ Temporary Living Arrangement	<input type="checkbox"/> Unemployment	<input type="checkbox"/> Section 8	<input type="checkbox"/> Financial Aid
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Medi-cal	

**Pre-Applicación**     **Estudiantes que van a regresar**     **Cambio de Guardián**

<b>Nombre del Apicante:</b> (El Niño o la madre embarazada que esta aplicando para los servicios)	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género:</b> __ M __ F
---	-----------------------------	-----------------------------

<b>Nombre del Padre/Guardián A:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género :</b> __ M __ F
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

<b>Relación al Apicante:</b> __ Padre Natural/Adoptado/Padrastro    __ Padre de Crianza __ Abuelo/a    __ Otro: _____	<b>Elija los idiomas hablados en el hogar:</b> __ Inglés    __ Español __ Otro: _____
---	---

<b>Nombre del Padre/Guardián B:</b> ( <i>Vive en el hogar - Sí/No</i> )	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género :</b> __ M __ F
---	-----------------------------	------------------------------

<b>Relación al Apicante:</b> __ Padre Natural/Adoptado/Padrastro    __ Padre de Crianza __ Abuelo/a    __ Otro: _____	<b>Elija los idiomas hablados en el hogar:</b> __ Inglés    __ Español __ Otro: _____
---	---

<b>Domicilio del Apicante:</b> _____	<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono Alternativo:</b>
	Msgs de texto <input type="checkbox"/>	Msgs de texto <input type="checkbox"/>

<b>Correo Electrónico:</b>
----------------------------

<b>Escriba el nombre de los niños que viven en el hogar bajo su cuidado: (No incluya al apicante)</b>		
<b>Nombre(s):</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Relación al Apicante:</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

<b>Nombre de los Contactos de Emergencia:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Relación al Apicante:</b>
1.		
2.		

<b>Elija todos los que aplican:</b>			
<input type="checkbox"/> CalWorks/ TANF/ Tribal TANF	<input type="checkbox"/> Asistencia de Adopción	<input type="checkbox"/> Manutención	<input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP
<input type="checkbox"/> Crianza Temporal/ KinGap	<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Sin Hogar/ Acuerdo de Vivienda Temporal	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Sección 8	<input type="checkbox"/> Ayuda financiera para escuela
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Medi-cal	