



children's
development
academy

Lista de verificação de Aplicação

Aplicação / Solicitação

- _____ Solicitação de serviços de cuidados infantis
- _____ Certidão de Nascimento da criança
- _____ Identificação válida do pai e mãe / responsável legal:
carteira de motorista ou carteira de matrícula consular

Bolsa de estudo

- _____ Solicitação de bolsa de estudos
- _____ Informações financeiras (verificação de renda) para todos os adultos da casa: contracheques/extrato atuais por pelo menos 30 dias (1 mês) ou carta de emprego em papel timbrado da empresa

Todos os documentos acima são necessários para determinar se você é elegível para ser adicionado à lista de espera.

Você pode devolver as aplicação e documentos:
pessoalmente, por e-mail para jleal@cdakids.org ou por fax para (770)992-8049.

89 Grove Way Roswell, Ga 30075

770.992.4006 www.cdakids.org

PRIMEIRO NOME DA CRIANÇA	SOBRENOME DA CRIANÇA	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
APELIDO ou nome da criança	DATA DE NASCIMENTO	IDADE DA CRIANÇA	DATA DE HOJE
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
ESCOLA ANTERIOR			
ETNIA / RACA DA CRIANÇA <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> AMERICANA NEGRA OU AFRICANA <input type="checkbox"/> HISPÂNICO / LATINO / ESPANHOL <input type="checkbox"/> ÍNDIOS NATIVOS AMERICANOS <input type="checkbox"/> NATIVA DO HAVAI OU OUTRA ILHA DO PACÍFICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO			
LÍNGUA MATERNA DA CRIANÇA	A CRIANÇA VIVE COM <input type="checkbox"/> AMBOS OS PAIS <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> OUTRO _____		
CONSENTIMENTO PARA QUE A CRIANÇA SEJA FOTOGRAFADA Escolha um: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO É concedida permissão para que meu filho seja fotografado para fins de identificação, publicidade e educação. A foto do meu filho pode aparecer em um jornal, no site do CDA ou nas mídias sociais, por exemplo. Facebook			
CONSENTIMENTO PARA ACESSO DE FUNCIONÁRIOS A REGISTROS DE CRIANÇA Eu, _____, dou meu consentimento para que as seguintes pessoas tenham acesso ao arquivo ou registro do meu filho enquanto meu filho estiver matriculado na The Child Development Association: o Advogado da Família, a equipe administrativa e docente do Centro e o Diretor. Além disso, os registros do meu filho podem ser revisados por agências externas, por exemplo, BFTS, organizações de credenciamento e vários concedentes. Entendo que todas as informações contidas no registro do meu filho não serão divulgadas a nenhum outro indivíduo sem o meu consentimento por escrito.			
INFORMAÇÕES DE FAMÍLIA E CUSTÓDIA Estado civil dos pais: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVÓRCIO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO Responsáveis legais da Criança: <input type="checkbox"/> AMBOS OS PAIS <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> OUTRO _____ Se divorciado, quem tem a guarda legal da criança? _____ O pai não guardião pode pegar a criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O CDA deve ser fornecido com documentos de custódia emitidos pelo tribunal que descrevam claramente os arranjos de custódia. Qualquer pessoa que tenha a custódia concedida em tais documentos pode pegar a criança durante os períodos em que essa pessoa tem a custódia e pode designar outras pessoas que estejam autorizadas a pegar a criança nesses momentos, a menos que os documentos judiciais indiquem o contrário.			
DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS EXTERNOS RECEBIDOS Indique todos os serviços que seu filho/família recebe atualmente. Verifique todos os que se aplicam e forneça a carta de benefícios atual ao CDA. <input type="checkbox"/> VALE-REFEIÇÃO <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> TANF (Assistência Temporária a Famílias Necessitadas)			

Como conheceu o CDA? _____

Se indicado por uma família/funcionários do CDA, indique quem o indicou: _____



PAIS / RESPONSÁVEIS #1 - PRIMEIRO NOME	SOBRENOME	RELAÇÃO COM A CRIANÇA
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CELULAR	TELEFONE RESIDENCIAL	LÍNGUA MATERNA
ENDERECO DE E-MAIL		
PAI / GUARDIÃO # 1 ETNIA / RAÇA <input type="radio"/> BRANCO <input type="radio"/> AMERICANA NEGRA OU AFRICANA <input type="radio"/> HISPÂNICO / LATINO / ESPANHOL <input type="radio"/> ÍNDIOS NATIVOS AMERICANOS <input type="radio"/> NATIVA DO HAVAI OU OUTRA ILHA DO PACÍFICO <input type="radio"/> ASIÁTICO <input type="radio"/> OUTRO _____		
NOME DO EMPREGADOR		CARGO
ENDEREÇO DO EMPREGADOR		TELEFONE DE TRAVBALHO
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PAIS / RESPONSÁVEIS #2 - PRIMEIRO NOME	SOBRENOME	RELAÇÃO COM A CRIANÇA
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CELULAR	TELEFONE RESIDENCIAL	LÍNGUA MATERNA
ENDERECO DE E-MAIL		
PAI / GUARDIÃO # 2 ETNIA / RAÇA <input type="radio"/> BRANCO <input type="radio"/> AMERICANA NEGRA OU AFRICANA <input type="radio"/> HISPÂNICO / LATINO / ESPANHOL <input type="radio"/> ÍNDIOS NATIVOS AMERICANOS <input type="radio"/> NATIVA DO HAVAI OU OUTRA ILHA DO PACÍFICO <input type="radio"/> ASIÁTICO <input type="radio"/> OUTRO _____		
NOME DO EMPREGADOR		CARGO
ENDEREÇO DO EMPREGADOR		TELEFONE DE TRAVBALHO
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS

DATA



Solicitação de bolsa de estudos

Primeiro nome da criança _____ Sobrenome da criança _____

Preencha este formulário e envie as seguintes informações e documentos relacionados à renda **para cada membro adulto trabalhador de sua família** maiores de 18 anos.

- Fornecer contracheques atuais por pelo menos 30 dias (1 mês) **OU**
- uma carta de emprego em papel timbrado da empresa

SEÇÃO I: SITUAÇÃO DOMICILIAR

Liste todos que moram na casa (sobrenome primeiro). Inclua todas as crianças e você mesmo.	Relacionamento com Filho	Idade

VERIFICAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Eu, _____ (Nome dos pais/responsáveis, por favor imprima), verifico que todas as informações acima são verdadeiras até onde eu sei. Eu entendo o seguinte:

- a) que este pedido de bolsa é renovável anualmente e devo apresentar anualmente novas informações financeiras;
- b) e que fornecer informações falsas neste formulário pode resultar na desqualificação da minha família do programa.

Assinatura dos pais/responsáveis _____ Data: _____

TODAS AS DECISÕES TOMADAS PELO COMITÊ DE BOLSAS SÃO FINAIS.

- VIRE -

SEÇÃO II: RENDA ADICIONAL

Na tabela abaixo, escreva o nome de cada membro adulto do agregado familiar com idade superior a 18 anos que recebe qualquer um dos seguintes rendimentos adicionais na primeira linha e a sua relação com o requerente na segunda linha. Em seguida, forneça o comprovante do **VALOR MENSAL** de renda, recebido por cada membro adulto do domicílio.

Nome do membro adulto da família	1.	2.	3.
Relação com o candidato			
	VALOR MENSAL	VALOR MENSAL	VALOR MENSAL
Benefícios sociais / Assistência Temporária a Famílias Necessitadas (TANF)			
Desemprego			
Pensão alimentícia			
Compensação ao Trabalhador			
Desemprego			
Aposentadoria			
Reforma da Segurança Social / Pensão			
Cupões Alimentares / Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP)			
Militares / Governo			
Apoio de amigos/parentes			
Outro			

FOR SCHOLARSHIP COMMITTEE'S USE ONLY

Household Income _____ Household Size _____

Scholarship Determination Date _____ Scholarship Awarded Yes No

Scholarship Type A B C D E F G H I J

Weekly tuition fees: _____

Director's initials _____