



children's
development
academy

Lista de documentos de la aplicación

Aplicación / Solicitud

- _____ Solicitud de cuidado infantil
- _____ Certificado de nacimiento del niño
- _____ Identificación del padre/guardián: una licencia de conducir válida o matrícula consular de cada padre de familia

Beca

- _____ Solicitud de beca
- _____ Información financiera de todos los adultos del hogar: talones de cheques recientes de 1 mes o una carta con membrete de la empresa verificando sus ingresos

Todos los documentos son necesarios para determinar si es elegible para estar en la lista de espera.

Puede devolver las solicitudes y documentos:
en persona, por correo electrónico a jleal@cdakids.org o
por fax al (770) 992-8049.

89 Grove Way Roswell, Ga 30075

770.992.4006 www.cdakids.org



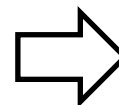
Solicitud de cuidado infantil

Nombre del niño	Apellido del niño(a)	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Nombre por el que se llama	Fecha de nacimiento	Edad del niño	Fecha de hoy
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Jardín Infantil Anterior			
Etnicidad del niño <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro / Afro-Americano <input type="radio"/> Hispano / Latino <input type="radio"/> Indio Americano <input type="radio"/> Hawaiano / Isla Pacifica <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro _____			
Primer idioma de su hijo	Con quien vive su hijo <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Otro _____		
Permiso para fotografiar a su hijo Elegir uno: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado por motivos de identificación, de publicidad y educativos. La foto de mi hijo puede aparecer en el periódico, pagina web del CDA, redes sociales y Facebook.			
Autorización al personal del CDA para tener acceso del expediente de mi hijo Yo _____ autorizo al siguiente personal del CDA al acceso de los documentos de mi hijo: la directora, coordinadora de recursos familiares, administradores y maestros. En adición, agencias como BFTS-Departamento sin mi autorización previa.			

Custodia e Información Familiar Estado civil de los padres: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero Guardián legal del niño: <input type="radio"/> Ambos Padres <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Otro _____ Si están divorciados, quien tiene la custodia legal del niño? _____ Puede el padre de familia que no tiene la custodia recoger a su hijo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Los padres deben presentar al CDA todos los documentos legales de la corte sobre la custodia de niño. El CDA seguirá lo estipulado en los documentos para entrada y salida de los niños. Declaración de otro servicio recibido Por favor indique todos los servicios que recibe su niño / familia y presente la prueba (carta de aprobación) <input type="radio"/> Food Stamps <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> CAPS <input type="radio"/> TANF

¿Cómo se enteró usted del CDA? _____

Si alguna familia o empleado del CDA lo ha referido, por favor indique quien: _____



Nombre del adulto responsable del niño(a)/guardián #1	Apellido del adulto responsable del niño(a)/guardián #1	Relación con el niño(a)
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono celular	Teléfono del hogar	Idioma de preferencia
Correo electrónico		
Etnicidad del adulto responsable del niño(a)/guardián #1 <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro / Afro-Americano <input type="radio"/> Hispano / Latino <input type="radio"/> Indio Americano <input type="radio"/> Hawaiano / Isla Pacífica <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro _____		
Nombre del Empleador / Sitio de Trabajo		Ocupación
Dirección del trabajo		Teléfono del trabajo
Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre del adulto responsable del niño(a)/guardián #2	Apellido del adulto responsable del niño(a)/guardián #2	Relación con el niño(a)
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono celular	Teléfono del hogar	Idioma de preferencia
Correo electrónico		
Etnicidad del adulto responsable del niño(a)/guardián #1: <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro / Afro-Americano <input type="radio"/> Hispano / Latino <input type="radio"/> Indio Americano <input type="radio"/> Hawaiano / Isla Pacífica <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro _		
Nombre del Empleador / Sitio de Trabajo		Ocupación
Dirección del trabajo		Teléfono del trabajo
Ciudad	Estado	Código Postal

Firma del padre de familia /guardián

Fecha



SOLICITUD DE BECA

Nombre del Niño(a) _____ Apellido del Niño(a) _____

Por favor llene esta solicitud y presente la información requerida y los documentos de ingresos, **por cada miembro adulto que trabaje en su hogar** mayor de 18 años.

- Proporcionar un mes (30 días) de talones de cheques recientes **O TRAER**
- una carta membretada por la empresa verificando sus ingresos

SECCIÓN I: DESCRIPCIÓN DEL HOGAR

Nombre Completo (Apellido, Nombre) de todas las personas que vivan en el hogar. Por favor incluya todos los niños y usted.	Relación con el niño	Edad

VERIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

Yo, _____ (Nombre del Padre de Familia/Guardián, por favor escriba claramente), verifico que toda la información aquí contenida es correcta. Tengo entendido lo siguiente:

- a) esta solicitud de beca es renovable anualmente y cada año debo presentar nueva información financiera.
- b) el dar información falsa en esta solicitud puede resultar en una descualificación del programa.

Firma del Padre de Familia /Acudiente _____ Fecha: _____

TODAS LAS DECISIONES SON TOMADAS POR EL COMITE DE BECAS Y SON DE CARACTER DEFINITIVO.

-Voltar-

Revised 03/2021

SECCIÓN II: INGRESOS ADICIONALES

En la tabla que sigue, escriba el nombre de cada miembro del hogar mayor de 18 años que reciba cualquiera de los siguientes ingresos adicionales. Luego indique prueba de la **CANTIDAD MENSUAL** de los ingresos que recibe cada miembro de la familia, mayor de 18 años.

Nombre del adulto que reside en el hogar	1.	2.	3.
Relación con el niño			
	CANTIDAD MENSUAL	CANTIDAD MENSUAL	CANTIDAD MENSUAL
Welfare Bienestar Social / TANF			
Child Support (orden judicial)			
Alimony (orden judicial)			
Compensación Laboral			
Ayuda por Desempleo			
Retiro			
Seguro Social			
Cupones de Alimentos / SNAP			
Militar/Gobierno			
Ayuda de familiares / amistades			
Otros			

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 _____