



Condado de Contra Costa Departamento de Servicios de la Comunidad

Enviar: 1470 Civic Court, Suite 200, Concord, CA 94520 Attn. Christina
O Fax Al: (925) 313-8303, Attn. Christina



O si está terminado en sitio: Dar vuelta adentro a uno de nuestro personal

Forma Seleccionado de Pre Aplicación

Información Primaria del Padre y/o Guardián

Nombre: _____ FDN: _____ Lenguaje Primario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle Ciudad Zip

Estado Actual de Trabajo:

- Empleado/En Entrenamiento Nombre del Empleador/Escuela: _____
 Buscando Trabajo
 Incapacitado

Ingreso Bruto Mensual: \$ _____ Fuente del Ingreso: _____

Información Secundaria del Padre y/o Guardián: *(Si fuera aplicable)*

Nombre: _____ FDN: _____ Lenguaje Primario: _____

Dirección: _____ Numero Teléfono: _____

Estado Actual de Trabajo:

- Empleado/En Entrenamiento Nombre del Empleador/Escuela: _____
 Buscando Trabajo
 Incapacitado

Ingreso Bruto Mensual: \$ _____ Fuente del Ingreso: _____

Información de la Familia/Hogar:

Numero de Personas en el Hogar: _____ Numero de Familiares Viviendo en la Casa: _____

Coméntenos acerca de su niño(s) que necesitan cuidado o servicios pre-escolares:

Nombre del Niño(s)	Fecha de Nacimiento (FDN)	Días/Horas que Necesita
1)		
2)		
3)		
4)		

Como se entero sobre nosotros:

- Boletín Amigos Pagina Electrónica Agencia: _____
 Otro: _____

Gracias por su interés en nuestro programa. Nos estaremos poniendo en contacto con usted dentro de los tres días posteriores a la recepción de su solicitud en nuestra oficina.

Solo Para Uso Oficial:

Centro de preferencia:	TANF: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caso CPS: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1 st _____	Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Necesidad Especial: _____
2 nd _____	Seguimiento Llevado a Cabo por: _____	Fecha: _____
3 rd _____	Comentarios: _____	