

Please complete this form and submit it to:

Kidango

44000 Old Warm Springs Blvd., Fremont, CA 94538

Fax: (510) 897-6909 **Online Submission: www.kidango.org**



REACH ASHLAND YOUTH CENTER

Enrollment Application Request List

Date: _____

How did you hear about Kidango: _____

Parent A Name: _____ Email Address: _____

Parent B Name: _____ Email Address: _____

(_____) _____ (_____) _____
Parent A: Tel Cell Work Home Other Parent B: Tel Cell Work Home Other

Mailing Address _____ City _____ State & Zip _____

A) Please list all children in need of care:

First Name _____ Last Name _____ Middle Initial _____ Date of Birth _____

B) Please indicate the hours of care needed. Please check all that apply.

- Full Time: 32 hours/week & up
- Half Time: less than 20 hours per week
- Part Day Preschool: 3 hours per day, Mon-Fri.

C) Please indicate the city in which you would like care. Please check all that apply.

- Concord Dublin Fremont Hayward
- Livermore Newark Pleasanton San Jose
- San Leandro San Lorenzo Union City

D) If you are interested in enrollment only at certain Kidango Centers, please tell us which centers in the space below. If this is left blank, we will place your child(ren) on the waitlist for all centers within the area(s) indicated above in Step C.

Preferred Center: _____ Preferred Center: _____

Preferred Center: _____ Preferred Center: _____

Financial Assistance Request

If you are not requesting financial assistance, **please stop here.** Financial assistance is available depending on the family's income and need for care. Please provide the information below if you require financial assistance to attend a Kidango early education program. **All fields must be completed to be considered.**

How many parents/guardians live with the child (ren)? 1 2 How many children under age 18 are in the family? _____

	Parent A Income Information	Parent B Income Information
Income from employment (<i>Monthly, Before Taxes</i>)	\$ _____	\$ _____
Child Support/Alimony (<i>Monthly</i>)	\$ _____	\$ _____
TANF/Medi-Cal/Unemployment Income (<i>Monthly</i>)	\$ _____	\$ _____
Other: _____	\$ _____	\$ _____

Combined Total Family Monthly Income (*Before taxes*) \$ _____

Parent A Activity: Working Seeking employment In school/training Stay at home parent

Parent B Activity: Working Seeking employment In school/training Stay at home parent

Zip Code in which care is needed: _____ (work, school, training, home)

Llene este formulario y entréguelo en:

Kidango

44000 Old Warm Springs Blvd. Fremont, CA 94538

Fax: (510) 897-6909

Someta su aplicación en línea: www.kidango.org



Solicitud de inscripción para la lista de espera

Fecha: _____

Como supo acerca de Kidango: _____

Padre A: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Padre B: _____ Dirección de correo electrónico: _____

(_____) _____ (_____) _____
Padre A: Tel Celular Trabajo Casa Otro Padre B: Tel Celular Trabajo Casa Otro

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado y código postal _____

A) Enumere todos los niños que necesitan cuidado:

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

B) Indique las horas de cuidado que necesita. Marque todas las que correspondan.

- A tiempo completo: 32 horas/semana y más
- A tiempo parcial: menos de 20 horas por semana
- Programa preescolar a tiempo parcial: 3 horas al día, de lunes a viernes

C) Indique la ciudad donde desea el cuidado. Marque todas las que correspondan.

- Concord Dublin Fremont Hayward
- Livermore Newark Pleasanton San Jose
- San Leandro San Lorenzo Union City

D) Si está interesado en inscripciones para centros específicos de Kidango, por favor díganos en cuáles de ellos en los espacios proporcionados abajo. Si deja esto en blanco, colocaremos a su(s) hijo(s) en la lista de espera de todos los centros dentro de la(s) zona(s) indicada(s) en el paso C.

Centro preferido: _____ Centro preferido: _____

Centro preferido: _____ Centro preferido: _____

Solicitud de asistencia financiera

Si no va a solicitar asistencia financiera, **por favor deténgase aquí.** La asistencia financiera se otorga según el ingreso de la familia y la necesidad de cuidado. Proporcione la información a continuación si necesita asistencia financiera para participar en el programa de educación inicial de Kidango. **Debe llenar todos los espacios para ser considerado.**

¿Cuántos padres o tutores viven con el(los) niño(s)? 1 2 ¿Cuántos niños menores de 18 años hay en la familia? _____

	Padre A Información sobre ingresos	Padres B Información sobre ingresos
Ingresos proveniente del empleo (<i>mensual, antes de impuestos</i>)	\$ _____	\$ _____
Manutención de menores/Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____
TANF/Medi-Cal/ingresos por desempleo (<i>mensual</i>)	\$ _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	\$ _____

Total combinado del ingreso mensual de la familia (*antes de impuestos*) \$ _____

Actividad del padre A: Trabaja En busca de empleo En la escuela o capacitación Se queda en casa

Actividad del padre B: Trabaja En busca de empleo En la escuela o capacitación Se queda en casa

Código postal en donde necesita el cuidado de su niño/a: _____ (trabajo, escuela, sitio de entrenamiento, casa)