



3845 Selig Place
 Los Angeles, CA 90031
 T: (323) 224-3800 F: (323) 227-6402
www.iilosangeles.org

PARA USO DE LA OFICINA:	
<input type="checkbox"/> AP	Size:
<input type="checkbox"/> CB	Income: \$
<input type="checkbox"/> FCCHEN	Rank:

FORMULARIO de REGISTRO para IILA, DIVISION de DESAROLLO INFANTIL

Por favor **complete** ambos lados de este formulario. El no hacerlo resultara en demoras. Fecha: _____
 El personal de IILA puede contactarlo para confirmar sus opciones.

SECCIÓN 1: INFORMACION DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Estoy interesado/a en usar el siguiente tipo de cuidado de niños (ver portada, marque **todos** los que apliquen):

Centro con licencia, nombre: _____

Cuidado infantil hogareño con licencia, nombre: _____

Amigo o pariente.* Por favor indique el parentesco con el niño, si hay: _____

No estoy seguro/a.* [Puede comunicarse con MAOF para recibir una lista de proveedores con licencia: (323) 890-1555.]

*El área de servicio de IILA cubre los códigos postales: 90022, 90023, 90031, 90032, 90033, 90063, 91754, & 91755
 Para cuidado con licencia, IILA cubre un área de servicio que incluye Chinatown, South LA, Rampart y areas del Valle de San Gabriel.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

A: Apellido: _____ Nombre: _____ Celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: (_____) _____ Email: _____

Teléfono de mensaje: (_____) _____ Language: _____

Si hay dos padres en el hogar, complete la sección B. Si no, marque: Soy padre/madre soltero/a.

B: Apellido: _____ Nombre: _____ Celular: _____

SECCIÓN 3: RAZÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO INFANTIL (marque todas las que apliquen):

	Padre/Madre A	Padre/Madre B
Trabaja, ocupación: _____		
En busca de trabajo:		
Asiste a la escuela:		
Medicamente discapacitado/invalido:		
Sin hogar/en búsqueda de vivienda:		
Ninguno (puede ser elegible para preescolar de medio día):		
Otra (por favor indique): _____		

SECCION 4: INFORMACION DE TODOS LOS HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR.

Nombre y Apellido	IEP/IFSP	Sexo	Fecha de nacimiento	¿Necesita cuidado?	Lenguajes del niño/a
1.		M F		Si No	
2.		M F		Si No	
3.		M F		Si No	
4.		M F		Si No	
5.		M F		Si No	
6.		M F		Si No	

SECCION 5: INGRESOS MENSUALES Y ENTRADAS (Ingreso total de cada padre/tutor en el hogar antes de impuestos y deducciones **mensuales**):

	Padre/Madre A	Padre/Madre B	
Trabajo/empleo (incluye empleo propio):	\$	\$	
CalWORKs (asistencia monetaria del condado/TANF):	\$	\$	
CalFresh (estampillas para comida)*:	\$	\$	
Manutención infantil:	\$	\$	
Manutención del cónyuge:	\$	\$	
Pago de discapacidad ("disability"):	\$	\$	
Desempleo:	\$	\$	
Comisiones por ventas/trabajo:	\$	\$	
Seguro social/SSI*:	\$	\$	
Otro (explique):	\$	\$	
Pagos por cuidado temporal como padres a niños* (indique nombre del niño):	\$	\$	*no son ingresos contables

Recibe asistencia monetaria del condado (CalWORKs) No Si, indique # de caso: _____

Ha recibido asistencia monetaria CalWORKs en los últimos 2 años? No Si, indique # de caso: _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Alguien en el hogar recibe beneficios de los siguientes programas?
 Medi-Cal, CalFresh, el Programa de Asistencia Alimentaria de California, el Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), el programa federal de alimentos Programa de distribución en reservas indígenas, Head Start, Early Head Start o cualquier otro programa gubernamental designado con comprobación de recursos, según lo determine el departamento, (se puede requerir documentación).

Si No

Por favor indique cualquier otra información que desee compartir. (Ejemplo: Si su hijo/a tiene alguna necesidad especial, un Plan individual de servicios para la familia (IEP)/Plan individual de educación (IEP), un caso abierto con el departamento de protección a los niños, etc.)

¿Como escucho de IILA?

- Amigo/a
- Vecino/a
- Pase por la agencia
- Anuncio
- Pariente
- Folleto
- Vivo en el área
- Trabajo/estudio en el área
- Personal de la escolita
- El van de IILA
- Otro (por favor indique):

Si lo refirieron a IILA, por favor comparta la siguiente información: _____

Nombre y apellido de la persona que lo refirió: _____

Numero de teléfono: _____ Celular: _____

Domicilio (si lo sabe): _____

International Institute of Los Angeles Child Care Sites
3845 Selig Place
Los Angeles, CA 90031
Telephone (323) 224-3800: Fax: (323) 227-6403

Aliso Pico Preschool
1505 E. 1st Street
Los Angeles, CA 90033

(323) 269-6921

All Peoples Preschool

822 East 20th Street
Los Angeles, CA 90011

(213) 747-6357 ext. 140

Amistad Preschool
2037 Lincoln Park Ave.
Los Angeles, CA 90031

(323) 441-8718

Estrada Learning Center

3225 Hunter Street
Los Angeles, CA 90023

323-881-6780

La Santa Cruz Preschool

2747 Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90023

(323) 262-1123

Las Flores Preschool
1075 S. Eastman Ave. #211
Los Angeles, CA 90023

(323) 980-5015

Lorena Terrace Algeria Preschool

619 S. Lorena St. Room C-104
Los Angeles, CA 90023

(323) 981-0081

Village Learning Center
4001 N. Mission Road
Los Angeles, CA 90032

(323) 225-0151

Vista Nueva Learning Center

130 S La Fayette Park Place
Los Angeles, CA 90057

(323) 284-6805