

- The child(ren) has a teen parent
- The child(ren) has one or more non-English speaking parents in the household
- The child(ren) has a parent who is unemployed or incarcerated
- The child(ren) has a family member with special needs or with medical risks
- The child(ren) had a low birth-weight (less than 2500 grams or 5.5 pounds)
- The child(ren) was born to mothers receiving late or no prenatal care
- The child(ren) has an immediate family member (student) in the household that is not meeting grade level proficiency
- The child(ren) has an immediate family member with Post Partum Depression or mental illness
- The child(ren) has a family member with substance abuse issues
- The child(ren) has a family member that has been referred to Differential Response or has an open CWS cases
- The child(ren) has a family member is in foster care or kinship care
- The child(ren) resides in Carpinteria
- The child(ren) has a parent in the household that smokes

Please list any **additional** hardships that may assist us in determining your scholarship benefit:

I certify that these answers are true and correct as of the date of this application and I further understand that false information with result in refusal and/ or withdrawal of a scholarship. By accepting this scholarship you are agreeing to the completion of the pre and post protective factors survey, ASQ-3 and –SE, consent forms and any additional information the Carpinteria Children’s Project is required to submit to the funders(s) of the scholarships. Recipients will also be expected to attend 10-12 CCP parent meetings or classes.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Staff Use Only:

Miscellaneous Comments/ or Referrals:

Date Received: _____

Resides within the THRIVE Limits: **Yes** **No**

of People in the Household: _____

Annual Household Income: _____

Income verified by what source? _____

Scholarship status: **Approved** **Denied**

Income verification provided in full? **Yes** **No**

Tuition Assistance: **Approved** **Denied**

Director’s Signature: _____

Date: _____

Carpinteria Children's Project



Solicitud para Asistencia (Confidencial)

En el pasado, becas han estado disponibles gracias a First 5 Santa Barbara y la Fundacion de Cuidado Infantil William and Lottie Daniel y la Fundacion de Santa Barbara.

Nombre de Niño(s) que se esta considerando para una beca:

Nombre 1: _____	_____	_____
(Nombre y Apellido)	(Fecha de Nacimiento)	(Programa)
Nombre 2: _____	_____	_____
(Nombre y Apellido)	(Fecha de Nacimiento)	(Programa)
Nombre 3: _____	_____	_____
(Nombre y Apellido)	(Fecha de Nacimiento)	(Programa)

Informacion Adicional:

Padre/Tutor 1: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor	Padre/Tutor 2: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor
Nombre: _____	Nombre: _____
Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Numero de Telefono: _____	Numero de Telefono: _____
Empleado por CUSD: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empleado por CUSD: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de Educacion: <input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Postgrado/Maestría <input type="checkbox"/> No Graduado de la Secundaria <input type="checkbox"/> 6- Prefiero no Decir/No Se	Nivel de Educacion: <input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Postgrado/Maestría <input type="checkbox"/> No Graduado de la Secundaria <input type="checkbox"/> 6- Prefiero no Decir/No

Número total de miembros en la familia: Numero de Adultos _____ Numero de Niños _____

Por favor incluya uno de los siguientes documentos como comprobante de ingresos:

- Un mes de talones de cheque (para todos los que trabajen en la familia)
- Declaración de impuestos del año anterior
- Carta de su empleador verificando cuanto le pagan (la información proporcionada será verificada por el personal de CCP)

Que tipo de cuidado infantil necesita?: **Día Completo** (7:30-5pm) **Horario Extendido** (7:30-2:30pm)
 Medio Día (8 – 12pm)

Días de la Semana (Circle todos los que aplican): lunes martes miércoles jueves viernes

¿Alguna de las siguientes circunstancias se aplican a su familia? Marque todas las que correspondan

- El niño (s) vive en un hogar con un solo padre
- El niño (s) tiene una madre o padre adolescente
- El niño (s) tiene uno o más padres que no hablan inglés en el hogar
- El niño (s) tiene un padre que está encarcelado
- El niño (s) tiene un miembro de la familia con necesidades especiales o con riesgos médicos
- El niño (s) tuvo un bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos o 5,5 libras)
- El niño (s) nació de una madre que recibió ayuda prenatal tarde
- El niño (s) tiene un familiar directo en el hogar que es estudiante y no está cumpliendo con el dominio del nivel de grado
- El niño (s) tiene un familiar directo con Depresión Post Parto o enfermedad mental
- El niño (s) tiene un familiar directo con problemas de abuso de sustancias
- El niño (s) tiene un miembro de la familia que a sido referido a Differential Response o tiene un caso abierto con CWS
- El niño (s) tiene un miembro de la familia que está en cuidado de crianza o el cuidado familiar
- El niño (s) reside en Carpintería
- El niño (s) tiene un padre en el hogar que fuma

Por favor escriba cualquier dificultades **adicionales** que nos pueden ayudar a determinar su beneficio de la beca:

Certifico que estas respuestas son verdaderas y correctas a la fecha de esta solicitud, y además entiendo que si doy información falsa el resultado de esto seria la denegación y / o la suspensión de una beca. Mediante la aceptación de esta beca, usted acepta la realización de la encuesta pre y post factores protectivos, ASQ-3 y –SE, y cualquier información adicional que el Proyecto de Niños de Carpintería este obligado a someter a por los fundadores de las becas. Los beneficiarios de esta beca también tendrán que asistir a 10 o 12 reuniones de padres o clases.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Para Uso de la oficina solamente:

Miscellaneous Comments/ or Referrals: _____

Date Received: _____

Resides within the THRIVE Limits: **Yes** **No**

of People in the Household: _____

Annual Household Income: _____

Income verified by what source? _____

Scholarship status: **Approved** **Denied**

Income verification provided in full? **Yes** **No**

Tuition Assistance: **Approved** **Denied**

Director's Signature: _____

Date: _____