



2022/2023

Fountain Valley School District
Child Care Programs Office
9625 Warner Ave. Fountain Valley 92708 714-962-4099
State Preschool Eligibility Questionnaire
استبيان الأهلية لمرحلة ما قبل المدرسة

2022/2023

Note: This is a preliminary application. It does not guarantee your child's placement in the program.
ملاحظة: هذا تطبيق أولي. لا يضمن وضع طفلك في البرنامج.

FAMILY INFORMATION

معلومات العائلة

الطالب عائد؟

الاسم الأول للطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____ ذكر أنثى

الاسم الأول والأخير للأب: _____ هاتف الأب# _____

الاسم الأول والأخير للأم: _____ هاتف الأم# _____

هاتف المنزل: # _____ البريد الإلكتروني: _____

العنوان: _____ الرمز البريدي: _____

Single Parent والد واحد Two Parent Family عائلة من والدين

OTHER CHILDREN LIVING IN YOUR HOME AND UNDER YOUR CARE

أطفال آخرون يعيشون في منزلك وتحت رعايتك

Last Name اسم العائلة	First Name الاسم الأول	Date of Birth تاريخ الميلاد	School Attending المدرسة التي يرتادها

INCOME: PROOF OF INCOME MUST BE SUBMITTED DURING THE APPLICATION PROCESS

الدخل: يجب تقديم إثبات الدخل أثناء عملية تقديم الطلب

Father's Gross Income

الدخل الإجمالي للأب

Company Name اسم الشركة	Receives Payment: (Please check one) يتلقى الدفع	Amount paid per pay period المبلغ المدفوع لكل فترة دفع	Cash/Check نقدي / شيك
	<input type="checkbox"/> اسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين شهريا		
	<input type="checkbox"/> اسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين شهريا		

Mother's Gross Income

الدخل الإجمالي للآم

Company Name اسم الشركة	Receives Payment: (Please check one) يتلقى الدفع	Amount paid per pay period المبلغ المدفوع لكل فترة دفع	Cash/Check نقدي / شيك
	<input type="checkbox"/> اسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين شهرياً		
	<input type="checkbox"/> اسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين شهرياً		

Please check all that you receive:

يرجى اختيار من كل ما تستلمه

- Unemployed/Disability TANF/CalWORKs/Cash Aide Food Stamps None
 Child Support \$ _____ Spousal Support \$ _____ Other _____

أعضاء الوالد/ه: ----- التاريخ: -----

For Agency Use Only. Do not write below this line.

Family Size: _____ Monthly Gross Income: _____

FVSD Boundaries (circle one): **YES NO** Ranking #: _____ Age: _____