



2023/2024

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

2023/2024

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 للأم

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: \_\_\_\_\_