

**NEIGHBORHOOD YOUTH ASSOCIATION**

MAR VISTA LEARNING CENTER (MVLC): 3951 GRAND VIEW BLVD. ROOM 35 & 36, LOS ANGELES, CA 90066

LAS DORADAS LEARNING CENTER (LDLC): 804 BROADWAY ST., VENICE, CA 90291; (310) 390-6641

ADMINISTRATIVE OFFICE: 1016 PLEASANT VIEW AVE., VENICE, CA 90291; 310-664-8893



**NYA WAITING LIST APPLICATION**

PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION ACCURATELY OR YOUR APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

1. Interested in program for:  Academic School Year  Summer

2. Address: \_\_\_\_\_ 3. How long have you lived at this address? \_\_\_\_\_

4. Phone Number: \_\_\_\_\_ 5. Alternate Phone: \_\_\_\_\_

6. Parent/Guardian Name(s): \_\_\_\_\_

7. Child's Current Grade: \_\_\_\_\_ 8. Name of School: \_\_\_\_\_

9. Does your child have grades below average in academic achievement? (Grades Below D's or 2's)  No  Yes

10. Does your child have any identified learning disabilities at home or at school?  No  Yes, please describe: \_\_\_\_\_

11. Does your child have any identified behavior problems at home or at school?  No  Yes, please Describe: \_\_\_\_\_

12. Number of family members in household: \_\_\_\_\_ 13. Approximate family income: \$ \_\_\_\_\_ (monthly)

14. Are you a family with a single parent at home?  No  Yes

15. Child is fluent in or speaks English.  No  Yes

16. Parent(s)/Guardian(s) are fluent in or speak English.  No  Yes

17. Child is of an NYA staff.  No  Yes

18. Child is of an NYA volunteer.  No  Yes

19. Child has other siblings attending NYA  No  Yes, please list: \_\_\_\_\_

20. Parent/Guardian(s) graduated from high school  No  Yes

21. Child was enrolled in Las Doradas Children's Center  No  Yes

REFERRAL SOURCE Name(s)

Self/child \_\_\_\_\_  
 Friend \_\_\_\_\_  
 Parent \_\_\_\_\_  
 Other, please describe: \_\_\_\_\_

REFERRAL SOURCE Name(s)

Counselor \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_  
 Court \_\_\_\_\_

14. Any notable concerns needing immediate referrals/resources?  No  Yes, please explain: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Date of Application: \_\_\_\_\_ Received By: \_\_\_\_\_

Date of Input: \_\_\_\_\_ Input By: \_\_\_\_\_

**COMMENTS:**

**NEIGHBORHOOD YOUTH ASSOCIATION**

MAR VISTA LEARNING CENTER (MVLIC): 3951 GRAND VIEW BLVD. ROOM 35 & 36, LOS ANGELES, CA 90066; 310-560-7749

LAS DORADAS LEARNING CENTER (LDLC): 804 BROADWAY ST., VENICE, CA 90291; (310) 390-6641

ADMINISTRATIVE OFFICE: 1016 PLEASANT VIEW AVE., VENICE, CA 90291; 310-664-8893



**NYA APLICACION DE LISTA DE ESPERA**

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION CON PRECISION O SU APLICACION NO SERA PROCESADA**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenina

1. Interesado en el programa de:  Año Escolar Académico  Verano

2. Domicilio: \_\_\_\_\_ 3. ¿Cuánto tiempo tiene en este domicilio?: \_\_\_\_\_

4. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ 5. Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

6. Nombre(s) de madre/padre/guardián: \_\_\_\_\_

7. En qué grado esta su hijo/a: \_\_\_\_\_ 8. Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene su hijo notas más bajas del promedio normal en el rendimiento académico? (Notas más bajas de D's o 2's)  No  Si

10. ¿Tiene su hijo/a alguna incapacidad de aprendizaje en el hogar o en la escuela?  No  Si, favor de describir: \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene su hijo/a algún problema identificado de conducta en el hogar o en la escuela?  No  Si, favor de describir: \_\_\_\_\_

12. Número de personas viviendo en la casa: \_\_\_\_\_ 13. Aproximado Ingreso familiar: \$ \_\_\_\_\_ (mensual)

14. Solo hay un padre en la familia.  No  Si

15. El niño/a es fluido o habla el Ingles.  No  Si

16. Los padres/guardianes son fluidos en o hablan el Ingles  No  Si

17. Niño/a es de un personal de NYA.  No  Si

18. Niño/a es de un Voluntario de NYA.  No  Si

19. Niño/a tiene hermanos/as asistiendo NYA  No  Si, favor de listar: \_\_\_\_\_

20. Los Padres/Guardiáns se graduaron de la preparatoria  No  Si

21. Su hijo/a estuvo inscrito en El Centro De Niños de Las Doradas  No  Si

<b>REFERENCIAS:</b>	<b>Nombre(s)</b>	<b>REFERENCIAS:</b>	<b>Nombre(s)</b>
<input type="checkbox"/>	Mismo/ Niño/a _____	<input type="checkbox"/>	Un/a Consejero/a _____
<input type="checkbox"/>	Una amistad _____	<input type="checkbox"/>	La Escuela _____
<input type="checkbox"/>	Un/a P/Madre _____	<input type="checkbox"/>	La Corte _____
<input type="checkbox"/>	Otra, favor de describir: _____		

14. ¿Tiene alguna preocupación notable en necesidad de referencias/recursos de inmediato?  No  Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b>		<b>COMMENTS:</b>
Date of Application: _____	Received By: _____	
Date of Input: _____	Input By: _____	