

Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil

La Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil (*Childcare Eligibility List - CEL*) es una lista de familias que solicitan asistencia económica para los gastos del cuidado infantil, en el Condado de San Joaquin. Al incluir su nombre en la lista de elegibilidad, es posible que cualquier programa participante en el Condado de San Joaquin le consideren a usted para su inscripción en los mismos.

Al incluir su nombre en la lista de elegibilidad, es posible que los programas que presten sus servicios en todo el Condado, los programas que presten sus servicios a grupos de edades específicas o los programas que presten sus servicios en la(s) escuela(s) primaria(s) de su(s) hijo(a)(s) le consideren a usted para su inscripción en los mismos.

Si usted está trabajando, está inscrito(a) en alguna escuela o en algún programa de entrenamiento y los ingresos mensuales brutos de su familia cumplen con los requisitos de elegibilidad, es posible que usted llene los requisitos para recibir asistencia económica para los servicios de cuidado infantil.

Envíe su formulario completo a: Family Resource & Referral Center
509 W. Weber Ave., Suite 104
Stockton, CA 95203

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE SOLICITANTE

Nombre del/de la solicitante _____
Apellido paterno Nombre de pila Apellido materno/Segundo nombre

Sexo Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____

Domicilio Residencial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Domicilio Postal (si es distinto) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio _____ Mejor hora para llamarle _____

Teléfono celular/para dejarle recado _____ Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

¿Es usted el padre/la madre, el/la abuelo(a) o el/la tutor(a) legal de uno o más de uno de los niños? Sí No

¿Está usted casado(a), y viviendo actualmente con su esposa(o)? Sí No

¿Está el segundo padre, de por lo menos uno de los niños, viviendo en el hogar? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO PADRE

ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR, SOLAMENTE SI EL SEGUNDO PADRE RESIDE ACTUALMENTE EN EL HOGAR.

Nombre del segundo padre _____
Apellido paterno Nombre de pila Apellido materno/Segundo nombre

Sexo Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____

Teléfono celular/para dejarle recado _____ Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

NECESIDAD DE CUIDADO

- ¿Está la familia sin hogar? Sí No
- ¿Le envió a servicios la agencia de Servicios de Protección Infantil (*Children Protective Services - CPS*)? Sí No
[Es posible que un(a) trabajador(a) social de CPS envíe a servicios a los niños que estén recibiendo servicios de CPS, y que requieran cuidado infantil, como parte del plan de un caso de CPS.]
- ¿Le interesa que su hijo(a) de 3 a 5 años asista a un programa preescolar educativo, parte del día? Sí No
- ¿Por qué necesita usted servicios? (*marque todos lo que sean pertinentes*)

Solicitante: Empleado(a) Escuela/Entrenamiento Buscando Empleo Incapacidad Médica Buscando Casa Permanente CPS

Segundo Padre: Empleado(a) Escuela/Entrenamiento Buscando Empleo Incapacidad Médica Buscando Casa Permanente CPS

Información sobre el empleo del/de la solicitante (si está trabajando actualmente)

	Empleador(a) #1	Empleador(a) #2
Nombre del/de la empleador(a):	_____	_____
Código postal del/de la empleador(a):	_____	_____
Teléfono/Extensión:	_____	_____
Número de horas trabajadas a la semana:	A la semana	A la semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
O		
Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____

Información sobre la escuela/el entrenamiento del/de la solicitante (si asiste a la escuela/entrenamiento actualmente)

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Meta educativa:	_____	_____
Total de unidades este semestre/trimestre:	_____	_____
Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad a la semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad a la semana:	_____	_____

Información sobre el empleo del segundo padre (si está trabajando actualmente)

	Empleador(a) #1	Empleador(a) #2
Nombre del/de la empleador(a):	_____	_____
Código postal del/de la empleador(a):	_____	_____
Teléfono/Extensión:	_____	_____
Número de horas trabajadas a la semana:	_____ A la semana	_____ A la semana
Tasa de pago por hora:	\$ _____	\$ _____
O		
Ingresos mensuales brutos (incluyendo propinas y comisiones):	\$ _____	\$ _____

Información sobre la escuela/el entrenamiento del segundo padre (si asiste a la escuela/entrenamiento actualmente)

	Escuela #1	Escuela #2
Nombre de la escuela:	_____	_____
Código postal de la escuela:	_____	_____
Meta educativa:	_____	_____
Total de unidades este semestre/trimestre:	_____	_____
Fecha en que anticipa terminar (Estación/Año):	_____	_____
Horas mínimas de actividad a la semana:	_____	_____
Horas máximas de actividad a la semana:	_____	_____

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

¿Está usted recibiendo asistencia económica actualmente? Sí No
 (Si así es, por favor, anote enseguida la cantidad que recibió el mes pasado, en la sección de **Otros ingresos de la familia.**)

¿Alguna vez ha recibido usted asistencia económica en California? Sí No
 Si así es, el Condado más reciente en donde se recibió la asistencia económica fue _____
 Fecha en que se le suspendió la asistencia económica _____

Anote sus ingresos mensuales de todas las fuentes, aparte de su sueldo de empleo. Por favor, tenga en cuenta que todos los ingresos requerirán verificación, antes de su inscripción.

Ingresos regulares	Solicitante	Segundo padre
Ingresos del empleo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
Ingresos de la Administración del Seguro Social (SSA) (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Programa Suplementario del Estado (SSI/SSP) (padre/madre)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del sostenimiento de la/del esposa(o) que se recibieron (<i>Spousal Support</i>)	\$ _____	\$ _____
Ingresos del Programa de Desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____

Otros ingresos de la familia	
Asistencia económica (niños solamente)	\$ _____
Asistencia económica (familia)	\$ _____
Ingresos del sostenimiento de hijos que se recibieron (<i>Child Support</i>)	\$ _____
Ingresos del Cuidado de Crianza Temporal (<i>Foster Care</i>)	\$ _____
Ingresos de la Administración del Seguro Social (SSA) [niño(a)]	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguridad/Programa Suplementario del Estado (SSI/SSP) [niño(a)]	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____

Ajustes de Ingresos	
Ingresos del sostenimiento de hijos que se pagaron	\$ _____

INFORMACIÓN SOBRE EL/LA NIÑO(A)/LOS NIÑOS

Anote la información de cada uno de los niños menores de 21 años, en el hogar.

Nombre _____	Apellido paterno	Nombre de pila	Apellido materno/Segundo nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento _____		
¿Relación con el padre/la madre? <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Adopción temporal <input type="checkbox"/> Tutoría legal <input type="checkbox"/> Nieto(a)			
¿Necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Programa Individualizado de Educación (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)			
<input type="checkbox"/> Ninguna necesidad especial			
¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si así es, ¿en dónde? _____			
Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)			
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa preescolar <input type="checkbox"/> Antes/después de la escuela <input type="checkbox"/> Por la tarde/al anochecer			
<input type="checkbox"/> Los fines de semana <input type="checkbox"/> No se necesitan servicios			
Códigos postales de las ubicaciones de su preferencia para recibir servicios de cuidado infantil _____			
Si desea servicios de cuidado infantil fuera del Condado de San Joaquin, por favor indique en qué condado: _____			

Nombre _____	Apellido paterno	Nombre de pila	Apellido materno/Segundo nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento _____		
¿Relación con el padre/la madre? <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Adopción temporal <input type="checkbox"/> Tutoría legal <input type="checkbox"/> Nieto(a)			
¿Necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Programa Individualizado de Educación (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)			
<input type="checkbox"/> Ninguna necesidad especial			
¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si así es, ¿en dónde? _____			
Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)			
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa preescolar <input type="checkbox"/> Antes/después de la escuela <input type="checkbox"/> Por la tarde/al anochecer			
<input type="checkbox"/> Los fines de semana <input type="checkbox"/> No se necesitan servicios			
Códigos postales de las ubicaciones de su preferencia para recibir servicios de cuidado infantil _____			
Si desea servicios de cuidado infantil fuera del Condado de San Joaquin, por favor indique en qué condado: _____			

Nombre _____	Apellido paterno	Nombre de pila	Apellido materno/Segundo nombre
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento _____		
¿Relación con el padre/la madre? <input type="checkbox"/> Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Adopción temporal <input type="checkbox"/> Tutoría legal <input type="checkbox"/> Nieto(a)			
¿Necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Programa Individualizado de Educación (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)			
<input type="checkbox"/> Ninguna necesidad especial			
¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si así es, ¿en dónde? _____			
Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)			
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Programa preescolar <input type="checkbox"/> Antes/después de la escuela <input type="checkbox"/> Por la tarde/al anochecer			
<input type="checkbox"/> Los fines de semana <input type="checkbox"/> No se necesitan servicios			
Códigos postales de las ubicaciones de su preferencia para recibir servicios de cuidado infantil _____			
Si desea servicios de cuidado infantil fuera del Condado de San Joaquin, por favor indique en qué condado: _____			

INFORMACIÓN SOBRE EL/LA NIÑO(A)/LOS NIÑOS (continuación)

Nombre _____
Apellido paterno Nombre de pila Apellido materno/Segundo nombre

Sexo Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____

¿Relación con el padre/la madre? Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a) Adopción temporal Tutoría legal Nieto(a)

¿Necesidades especiales? Programa Individualizado de Educación (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)
 Ninguna necesidad especial

¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado? Sí No
Si así es, ¿en dónde? _____

Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)

Tiempo completo Tiempo parcial Programa preescolar Antes/después de la escuela Por la tarde/al anochecer
 Los fines de semana No se necesitan servicios

Códigos postales de las ubicaciones de su preferencia para recibir servicios de cuidado infantil _____

Si desea servicios de cuidado infantil fuera del Condado de San Joaquin, por favor indique en qué condado: _____

Nombre _____
Apellido paterno Nombre de pila Apellido materno/Segundo nombre

Sexo Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____

¿Relación con el padre/la madre? Hijo(a) natural/adoptivo(a)/Hijastro(a) Adopción temporal Tutoría legal Nieto(a)

¿Necesidades especiales? Programa Individualizado de Educación (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)
 Ninguna necesidad especial

¿Está inscrito(a) actualmente en un programa de servicios de cuidado infantil subvencionado? Sí No
Si así es, ¿en dónde? _____

Servicios que se necesitan (marque todos los que sean pertinentes)

Tiempo completo Tiempo parcial Programa preescolar Antes/después de la escuela Por la tarde/al anochecer
 Los fines de semana No se necesitan servicios

Códigos postales de las ubicaciones de su preferencia para recibir servicios de cuidado infantil _____

Si desea servicios de cuidado infantil fuera del Condado de San Joaquin, por favor indique en qué condado: _____

Por favor, recuerde que ésta es únicamente una solicitud para que se le incluya en la Lista de Elegibilidad Para Cuidado Infantil, para recibir servicios de cuidado infantil subvencionado. Esta solicitud no garantiza los servicios. A usted no se le aprueban los servicios de cuidado infantil, hasta que un(a) proveedor(a) o una agencia de servicios de cuidado infantil subvencionado se comunique con usted. Si usted decide utilizar servicios de cuidado infantil, antes de recibir la aprobación, éstos serán a su propio costo, y usted será responsable de pagarlos.

CERTIFICACIÓN

La información que se proporcione en esta solicitud se compartirá con todos los programas de servicios de cuidado infantil subvencionado, en el Condado de San Joaquin.
Entiendo que la información que se proporcione se necesita, para determinar mi elegibilidad, y que ésta se verificará, antes de mi inscripción.
Afirmo que esta información es correcta.

Firma del/de la Solicitante: _____ Fecha: _____