



**Family Resource and Referral Center**  
**Lista de Elegibilidad para Cuidado de Niños (CEL)**  
**APLICACIÓN**

**IMPORTANTE:** Si usted a recibido asistencia monetaria (TANF) durante los últimos 24 meses, favor de llamar al 461-2944. Usted puede ser elegible para comenzar servicios sin demora y sin tener que completar ésta aplicación/o esperar en la Lista de Elegibilidad.

Usted puede completar ésta aplicación a mano o en la línea Internet. Si la completa a mano, asegúrese que toda su información sea precisa y envíela a FRRC al domicilio anotado en la parte superior de la aplicación.

**Usted puede completar su aplicación vía Internet en el CEL:**

O vaya al domicilio de FRRC en la red:

**[www.frrcsj.org](http://www.frrcsj.org)**

*Haga clic en el lazo para aplicar para la Lista de Elegibilidad (servicios de cuidado de niños subsidiado)*

O vaya al domicilio de San Joaquín en la red:

**[sanjoaquin.thecel.net](http://sanjoaquin.thecel.net)**

Usted no necesita añadir "www",

Escriba el lazo de red anotado arriba en el espacio para domicilios en la parte superior de su navegador de Internet

Para que su aplicación en la Lista de Elegibilidad permanezca continuamente activa, **usted tiene que actualizar su aplicación cada 3 meses en el CEL.**

**Aún si su información no ha cambiado, usted tiene que actualizar su aplicación cada 3 meses en el CEL.** Por consiguiente, para actualizar su aplicación, usted llama a la oficina de FRRC o entra a la línea Internet. Si elige hacerlo en línea internet, usted puede revisar su información y guardar su aplicación otra vez. Actualizar su aplicación a través de la línea Internet es muy fácil y solo toma unos minutos.

**¿Por qué es mejor actualizar su aplicación a través de la línea Internet?**

- ✓ Usted puede ver **y** actualizar su aplicación a su conveniencia y a cualquier hora!
- ✓ Es rápida y fácil de usar

**Ésta aplicación es para la Lista de Elegibilidad de cuidado de niños, para asistencia de cuidado de niños sin o bajo costo. Con ésta aplicación puede usted también aplicar para el precolar en el Joan Richards Learning Village en Stockton.**

FRRC CEL Aplicación Asistencia/Actualizar:  
209-461-2944

Family Resource and Referral Center (FRRC):  
209-948-1553 or 1-800-526-1555



Voces de Padres es una organización local dirigida por padres de familia que lucha para hacer el cuidado de niños razonable y accesible para todas las familias.

¡Usted puede hacer la diferencia!

Para mayor información acerca del Capítulo del Condado de San Joaquín

LLAME 1

(209) 461-2619 ó (209) 948-1553

## 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 101  
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.]
  - ¿Está usted interesado en que su niño de 3-5 años asista al Prescolar Educativo Joan Richards Learning Village (JRLV) ubicado en Stockton? JRLV ofrece Prescolar parte del día y día completo. JRLV se encuentra en el código postal 95210.  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  Sólo para un Programa Preescolar
- Segundo Padre:**  Empleado(a)  Escuela/Entrenamiento  Buscando Empleo  Incapacidad Médica  Buscando Casa Permanente  
 CPS  Sólo para un Programa Preescolar

### 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:	\$ _____	\$ _____
○		
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:	\$ _____	\$ _____
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 (Spousal Support)	\$ _____	\$ _____
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 (Child Support)	\$ _____
Ingresos del Cuidado de Crianza Temporal (Foster Care)	\$ _____
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  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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

Favor de recordar que ésta es solamente una aplicación para la Lista de Elegibilidad de Cuidado de Niños para el cuidado de niños Subsidiado y/o Prescolar Educativo Joan Richards Learning Village. Ésta aplicación no garantiza que usted recibirá 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: \_\_\_\_\_