

- Aplicación Inicial
- Aplicación Actualizada



Correo:

FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:

Coordinator del CEL
 NCO/Rural Communities Child Care
 413 N. State St. Ukiah, CA 95482
 707-467-3216
 800-606-5550 Ext. 229

CONDADO DE MENDOCINO
 LISTA CENTRALIZADA DE ELEGIBILIDAD
 Aplicación para el Cuidado de los Niños

Fax:
 Teléfono:

1. INFORMACIÓN DEL PRIMER PADRE/GUARDIÁN

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección para Correo _____ Teléfono del Trabajo _____
 Dirección Física _____ Teléfono Alternativo _____
 Ciudad _____ Código postal _____ Fecha de Nacimiento del Padre _____

¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado?
 Madre Padre Abuelo(a) Guardián Padre de Crianza Temporal Otro _____

¿Esta usted: Empleado? Si No **SI RESPONDIÓ "SI":** Nombre de su empleador _____
 Código postal del empleador _____ ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____

¿Estudiando/Entrenamiento? Si No **SI RESPONDIÓ "SI":** Nombre de la escuela o programa _____
 Código Postal de la escuela o programa _____ **Características:** Favor de si usted esta/es:

Buscando trabajo Incapacitado Padre Adolescente Trabajador temporal/migratorio
 Sin hogar/Buscando hogar permanente Escriba el nombre del Refugio o Programa _____
 ¿Es esta una referencia de CPS/En Riesgo? Si la respuesta es SI adjunte la información de la Agencia que le esta refiriendo

Firma _____ Fecha _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIÁN (solo si este hogar tiene dos padres de familia)

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa _____
 Teléfono del Trabajo _____
 ¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado? Fecha de Nacimiento del Padre _____

Madre Padre Abuelo(a) Guardián Padre de Crianza Temporal Otro _____

¿Esta usted: Empleado? Si No **SI RESPONDIÓ "SI":** Nombre de su empleador _____
 Código postal del empleador _____ ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____

¿Estudiando/Entrenamiento? Si No **SI RESPONDIÓ "SI":** Nombre de la escuela o programa _____
 Código Postal del la escuela o programa _____

Características: Favor de si usted esta/es:
 Buscando trabajo Incapacitado Padre Adolescente Trabajador temporal/migratorio

3. PREFERENCIAS

PREFERENCIA DE ÀREA (Si hay más de una, por favor indique 1^{ra} 2^{da} 3^{er} opción)

_____ Ukiah & Àreas vecinas _____ Willits & Àreas vecinas _____ Costa Sur _____ Costa Norte

PREFERENCIA DE PROGRAMA:

Favor de referirse a las "Descripciones de Programas Subsidiados" que se encuentran adjuntas y elija de las siguientes:

- Preescolar Estatal U otro Programa de Base Central Program de Pago Alternativo (incluyendo La RED in Ukiah)
- Después de Escuela Otro _____

IMPORTANTE: Favor de completar la información adicional al reverso de esta hoja

PARA USO UNICO DE LA OFICINA CEL:

Date Application Received: _____ Rank: _____ Family ID #: _____

Data Entry Completed by: _____ Date: _____

4. INFORMACIÓN DEL NIÑO (Para cada niño que vive en su hogar)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	Por Favor <input checked="" type="checkbox"/> el Horario Necesario Para el Cuidado							
		REQUIERE SERVICIOS		TIEMPO COMPLETO	MEDIO TIEMPO	EN LAS TARDES	DE NOCHE	FINES DE SEMANA	HORAS NECESAREAS
		SI	NO						
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

Numero total de miembros de Familia en el Hogar _____
 ¿Alguno de los niños esta recibiendo servicios en este momento? Si No Si respondió si, escriba sus nombres _____

Niño/s están inscritos en:
 Head Start/Preescolar Estatal Programa APP RED Centro CDE Programa Después de la Escuela CDE

Favor de si alguno de los siguientes le aplica a cualquiera de estos niños:
 Necesidades Excepcionales (Tiene un IEP o IFSP) Habilidad Limitada para Hablar Inglés
 Nombre del Niño: _____

5. COMENTARIOS ADICIONALES

INGRESO DE LA FAMILIA

¿En los últimos 24 meses ha recibido ayuda económica a través del *Departamento de Servicios Sociales*?
 Si No ¿Si respondió Si, Cuando fue el último mes y año en que recibió un cheque? _____
 Número del Caso: _____ Fue SOLO para los niños _____ o para AMBOS Padres y niño(s) _____

1 ^{er} Padre/Guardián		2 ^{do} Padre/Guardián		FAVOR DE NOTAR: El llenar esta aplicación NO garantiza que recibirá los servicios. Su posición en el CEL es basada en un sistema de grado por elegibilidad. Su ingreso total en bruto y el número de personas en su familia determina el grado. Familias con el grado más bajo serán llamados primero cuando haya un lugar disponible. El CEL no discrimina en base al sexo, orientación sexual, género, identificación con un grupo étnico, raza, ascendencia, origen nacional, religión, color, o discapacidad física o mental cuando se determina que familias serán servidas. Al momento de su inscripción usted debe presentar lo siguiente: A) Los últimos 30 días de ingresos B) Actas de Nacimiento C) Cartilla de vacunación
Salario o sueldo en bruto	\$	Salario o sueldo en bruto	\$	
Tarifa x horas x 52 semanas ÷ por 12		Tarifa x horas x 52 semanas ÷ por 12		
Apoyo económico recibido conyugal/para los niños	\$	Apoyo económico recibido conyugal/para los niños	\$	
Apoyo económico a Pagar conyugal/para los niños	\$	Apoyo económico a Pagar conyugal/para los niños	\$	
Desempleo/Discapacidad	\$	Desempleo/Discapacidad	\$	
Veteranos	\$	Veteranos	\$	
Pensiones	\$	Pensiones	\$	
Compensación del Trabajador	\$	Compensación del Trabajador	\$	
Ingreso para Padres de Crianza Temp.	\$	Ingreso para Padres de Crianza Temp.	\$	
Asistencia Monetaria	\$	Asistencia Monetaria	\$	
CalWORKS solo Estatal (TANF-MOE)	\$	CalWORKS solo Estatal (TANF-MOE)	\$	
Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	
Estampillas de Comida	\$	Estampillas de Comida	\$	
SSI/SSP/SSA	\$	SSI/SSP/SSA	\$	
TOTAL DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO	\$	TOTAL DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO	\$	