

Adjunto esta la Aplicación de Elegibilidad que usted solicitó para el Programa Subsidiado de Cuidado de Niños a través de NCO/RCCC

El llenar esta aplicación NO garantiza que recibirá los servicios. Su ubicación en la lista de elegibilidad se basa en un sistema de rango de elegibilidad.

Tenga en cuenta que la información es necesaria de los dos padres/guardianes de la familia.

- **Si usted no está casado/a** y el otro padre/guardián vive en el hogar, la información es requerida del padre/guardián en el área donde indica Información del Segundo Padre/Guardián.

La necesidad de servicios se encuentra a continuación, tenga en cuenta lo siguiente:

Empleo y Empleo por Cuenta Propia:

- Usted tiene que indicar las horas de su empleo de **cada** día.
- Si su horario de trabajo varía (días, horas, y turnos por semana) adjunte una nota explicando todos los posibles horarios que podría trabajar en una semana y que días podría trabajar en una semana.
- Los talones, tarjetas de tiempo, y una forma Estatal de Verificación del Empleador serán requeridos una vez que sea aprobada/o al programa.

Empleo por Cuenta Propia: Las Reglas Federales requieren Verificación de Negocios:

- Usted tiene que indicar las horas de su empleo de **cada** día.
- Si su horario de trabajo varía (días, horas, y turnos por semana) adjunte una nota explicando.
- *Se requerirá una copia de sus declaraciones mensuales de sus Ganancias y Pérdidas, su libro de lista de clientes, recibos mensuales, Licencia de Negocio y sus Impuestos de Ingresos completos incluyendo todas las formas e incluyendo la forma "C" (ganancias y pérdidas del negocio).*

Búsqueda de Empleo:

- Usted **tendrá** que registrarse en el sitio de búsqueda de empleo de "EDD Cal Jobs"; para buscar empleo.
- Esto no es para que reciba Beneficios de Desempleo, sino para que se registre y busque empleo.
- Si usted no tiene computadora, puede hacerlo en la oficina de Ukiah, MPIC, o en una computadora de la biblioteca local.
- Cuando usted sea aprobada/o se requerirá la verificación de su registro con Cal-Jobs.
- El Cuidado de Niños para Buscar Empleo tiene limitaciones.
- Usted documentará su búsqueda diaria de empleo con nosotros.

Estudiantes:

- Usted necesitará tener un Plan de Educación de su escuela y una copia de la misma será requerida en el momento que sea aprobada/o.
- Hay limitaciones en el cuidado de niños para los estudiantes. Esto se discutirá en el momento de su aprobación al programa.

Gracias

Rev 11/2018

NCO pledges to be a leader in developing and providing human services that strengthen our community.

Fort Bragg Office:
707.964.3080

Lakeport Office:
707.263.4688

Clearlake Office:
707.994.4018

Willits Office:
707.459.2019



FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:

NCO/Rural Communities Child Care
 413 N State St. Ukiah, CA 95482
 707-467-3216 FAX
 707-467-3211

o por correo electrónico a
 tsedrick@ncoinc.org

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 de uds. _____
 Correo electrónico _____

¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado?

Madre Padre Abuelo(a) Guardián Padre de crianza temporal Otro _____

¿Está usted: Empleado? Si No Si respondió "Si": Nombre del empleador _____ Código postal _____

¿Estudiando/Entrenamiento? Si No Si respondió "Si": Nombre de escuela/programa _____ Código postal _____

Enlista las horas que necesitan cada día: Sus horas actuales de trabajo y días u horas de escuela.

Dom__ a __ / Lun__ a __ / Mar__ a __ / Mier__ a __ / Jue__ a __ / Vie__ a __ / Sab__ a __ Características:

Favor de si usted esta: Buscando trabajo Incapacitado Sin hogar Trabajador temporal/migratorio ¿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. INFORMACION DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIAN (solo si este hogar tiene dos padres de familia)

Nombre del padre _____ Teléfono de casa _____
 Correo electrónico _____ Teléfono del trabajo _____
 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 del empleador _____ Código postal _____

¿Estudiando/Entrenamiento? Si No "Si respondió "Si": Nombre de escuela/programa _____ Código Postal _____

Enlista las horas que necesitan cada día: Sus horas actuales de trabajo y días u horas de escuela.

Dom__ a __ / Lun__ a __ / Mar__ a __ / Mier__ a __ / Jue__ a __ / Vie__ a __ / Sab__ a __

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

3. PREFERENCIAS

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

_____ Ukiah & areas vecinas _____ Willits & areas vecinas _____ Costa
 _____ Lakeport & areas vecinas _____ Clearlake & areas vecinas

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 NECESARIAS
		SI	NO						
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

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 Sí? ¿Cuándo 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 ubicación en la lista de elegibilidad se basa en un sistema de rango de elegibilidad NCO's Rural Communities Child Care 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 determina que familias serán servidas. Al momento de su inscripción usted debe presenta lo siguiente: Revisado 05-2021
Salario o sueldo en bruto \$ _____ x _____ x 52 ÷ 12 = Tarifa por hora - Horas por semana	\$	Salario o sueldo en bruto \$ _____ x _____ x 52 ÷ 12 = Tarifa por hora - Horas por semana	\$	
Apoyo económico recibido conyugal/niños	\$	Apoyo económico recibido conyugal/niños	\$	
Apoyo económico a Pagar conyugal/niños	\$	Apoyo económico a Pagar conyugal/niños	\$	
Empleo-Propio	\$	Empleo-Propio	\$	
Desempleo	\$	Desempleo	\$	
Discapacidad	\$	Discapacidad	\$	
Compensación del Trabajador	\$	Compensación del Trabajador	\$	
Veteranos	\$	Veteranos	\$	
SSA/SSP	\$	SSA/SSP	\$	
Ingreso para Padres de Crianza Temporal	\$	Ingreso para Padres de Crianza Temporal	\$	
Asistencia Monetaria solo para niños	\$	Asistencia monetaria solo para niños	\$	
CalWORKS	\$	CalWORKS	\$	
Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	Efectivo o Cupón para la vivienda	\$	
Otros	\$	Otros	\$	
INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO	\$	INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO	\$	

PARA USO UNICO DE LA OFICINA CEL:

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

Data Entry Completed By: _____ Date: _____