



FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:

NCO/Rural Communities Childcare
 14290 Olympic Dr Suite A
 Clearlake, CA 95422
 707-312-8218 FAX
 707-994-4018

1. INFORMACIÓN DEL PRIMER PADRE/GUARDIÁN

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa _____
 Dirección para Correo _____ Teléfono del Trabajo _____
 Dirección Física _____ Teléfono Celular _____
 Ciudad _____ Código postal _____ Fecha de Nacimiento del Padre _____
 Dirección de correo electrónico _____ Raza/Etnicidad _____
 ¿Cómo se enteró de nuestros servicios? _____ Idioma _____
 ¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado?
 Madre Padre Abuelo(a) Guardián Padre de Crianza Temporal
 ¿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 _____
 Dirección de correo electrónico _____ Teléfono del Trabajo _____
 Raza/Etnicidad _____ Fecha de Nacimiento del Padre _____
 Idioma _____
 ¿Cual es su relación con los niños que necesitan el cuidado?
 Madre Padre Abuelo (a) Guardián Padre de Crianza Temporal
 ¿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)

____ Lakeport ____ Lower Lake ____ Clearlake Area ____ Clearlake Oaks ____ Middletown
 ____ Kelseyville ____ Upper Lake ____ Nice/Lucerne ____ Cobb

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

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

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA/ ETNICIDAD	SE NECESITA CUIDADO DE NIÑOS		TIEMPO COMPLETO	MEDIO TIEMPO	EN LAS TARDES	DE NOCHE	FINES DE SEMANA
			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 Si? ¿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 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 10/2023
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: _____