



**CONDADO DE LAKE**  
**LISTA DE ELEGIBILIDAD**  
 Aplicación para el Programa de Pago Alternativo  
 Servicios del Cuidado de Niños

**FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:**

NCO/Rural Communities Childcare  
 850 Lakeport Blvd.  
 Lakeport, CA 95453  
 707-263-7513 FAX  
 707-263-4688

**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 "Sí": Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 ¿Estudiando/Entrenamiento?  Si  No Si respondió "Sí": 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 "Sí": Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 ¿Estudiando/Entrenamiento?  Si  No "Si respondió "Sí": 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<sup>ra</sup> 2<sup>da</sup> 3<sup>er</sup> 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) \_\_\_\_\_

1er Padre/Guardián		2do Padre/Guardián		<b>FAVOR DE NOTAR:</b>  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 Childcare 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	\$	
<b>INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO</b>	<b>\$</b>	<b>INGRESO TOTAL MENSUAL EN BRUTO</b>	<b>\$</b>	

#### PARA USO UNICO DE LA OFICINA CEL:

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Rank: \_\_\_\_\_ Family ID: \_\_\_\_\_

Data Entry Completed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_