



**FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A:**

NCO/Rural Communities Childcare  
111A Boatyard Dr. Fort Bragg, CA 95437

707-964-5594 FAX

707-964-3080

**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 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su relación con los niños que necesitan el cuidado?  
 Madre  Padre  Abuelo(a)  Guardián  Padre de Crianza Temporal  
 ¿Está usted: ¿Trabajando?  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  
 ¿Está usted: ¿Trabajando?  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<sup>ra</sup> 2<sup>da</sup> 3<sup>er</sup> opción)

\_\_\_\_ Ukiah & Areas Vecinas      \_\_\_\_ Willits & Areas Vecinas      \_\_\_\_ Costa

#### 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.									

#### 5. COMENTARIOS ADICIONALES

#### 6. INGRESO Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES SUJETOS A COMPROBACIÓN DE RECURSOS

¿En los últimos 24 meses ha recibido ayuda económica a través del *Departamento de Servicios Sociales*?

Sí     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) \_\_\_\_\_

Si está recibiendo o inscrito en alguno de los siguientes programas de gobierno sujetos a comprobación de recursos, marque  la casilla a continuación:

- Medi-Cal     Cal Fresh     Programa de California de Asistencia de Comida     Programa Federal de distribución de Comida o Indian Reservations  
 WIC (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)     Head Start     Early Head Start

1 <sup>er</sup> Padre/Guardián		2 <sup>do</sup> Padre/Guardián		
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 Por Pagar conyugal/niños	\$	Apoyo económico Por 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	\$	
Otro Ingreso	\$	Otro Ingreso	\$	
<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: \_\_\_\_\_  Bridge Program  
 Data Entry Completed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_