

Padre de Familia #1

Primer Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Domicilio #1: _____

Domicilio #2: _____

Número del apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar () _____

Teléfono del trabajo () _____

Teléfono del celular () _____

Teléfono para mensajes () _____

E-mail (opcional) _____

¿A qué número prefiere usted que le llamemos?

- Hogar Trabajo
 Celular Numero de Mensajes

La mejor hora para localizarlo es: _____

¿Le podemos llamar al trabajo? No Si

Fecha de

Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

¿Vive en este domicilio el otro padre de por lo menos uno de los menores? No Si

Estado Civil: Soltero Casado

¿Es usted un padre de familia/Tutor soltero? No Si

¿Habla Inglés? No Si

¿Cuál es su lengua materna? _____

¿Es usted un adolescente? No Si

¿Es usted un inmigrante? No Si

¿Está estudiando en uno de los siguientes?

Colegio Comunitario de California,
 Universidad Estatal de California, o
 la Universidad de California No Si

Padre de Familia #2

Primer Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono del hogar () _____

Teléfono del trabajo () _____

Teléfono del celular () _____

Teléfono para mensajes () _____

E-mail (opcional) _____

¿A qué número prefiere usted que le llamemos?

- Hogar Trabajo
 Celular Numero de Mensajes

La mejor hora para localizarlo es: _____

¿Le podemos llamar al trabajo? No Si

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

¿Habla Inglés? No Si

¿Cuál es su lengua materna? _____

¿Es usted un adolescente? No Si

¿Es usted un inmigrante? No Si

¿Está estudiando en uno de los siguientes?

Colegio Comunitario de California,
 Universidad Estatal de California, o
 la Universidad de California No Si

INFORMACION DE LA FAMILIA: Determinando la necesidad de Cuidado Infantil

Padre de Familia #1

¿Está participando actualmente en el plan de CalWORKs de Welfare al Trabajo? No Si

¿Ha participado alguna vez en el plan de CalWORKs de Welfare al Trabajo? No Si

Si la respuesta es **SI**, ¿en que fecha recibió ayuda y/o cheque por última vez? _____

¿Está trabajando? No Si

Promedio de horas que trabaja a la semana _____

¿Está buscando empleo? No Si

¿Asiste a entrenamiento o a la escuela? No Si

Si la respuesta es **SI**, promedio de horas a la semana _____

El código postal de su empleo/entrenamiento o escuela

¿Está incapacitado? No Si

¿Le envía una Agencia de Protección al Menor o corre el niño peligro de abuso o negligencia? No Si

¿Le envía una Agencia de ayuda a las personas sin hogar que buscan albergue? No Si

¿Está buscando vivienda permanente? No Si

Información Adicional

¿Necesita información sobre Seguro Médico para sus niños? No Si

¿Le gustaría recibir información de servicios pre-natales? No Si

¿Cómo se enteró del childcaresandiego? Amigo Pariente Agencia AP Panfleto
 Centro de Cuidado de Niños Otro

Si seleccionó **Otro**, por favor explique dónde oyó sobre childcaresandiego _____

Padre de Familia #2

¿Está participando actualmente en el plan de CalWORKs de Welfare al Trabajo? No Si

¿Ha participado alguna vez en el plan de CalWORKs de Welfare al Trabajo? No Si

Si la respuesta es **SI**, ¿en que fecha recibió ayuda y/o cheque por última vez? _____

¿Está trabajando? No Si

Promedio de horas que trabaja a la semana _____

¿Está buscando empleo? No Si

¿Está a entrenamiento o a la escuela? No Si

Si la respuesta es **SI**, promedio de horas a la semana _____

El código postal de su empleo/entrenamiento o escuela

¿Está incapacitado? No Si

¿Le envía una Agencia de Protección al Menor o corre el niño peligro de abuso o negligencia? No Si

¿Le envía una Agencia de ayuda a las personas sin hogar que buscan albergue? No Si

¿Está buscando vivienda permanente? No Si

**APLICACION PARA EL LISTADO DE ELEGIBILIDAD
INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS**

Padre de Familia #1

¿Está recibiendo ayuda económica de TANF o

CalWORKs? No Si

¿Ha recibido alguna vez ayuda económica de TANF o
CalWORKs? No Si

(Incluya aún si fué una sola vez. Solamente incluya la ayuda económica si usted, como padre de familia, está incluido)

Si su respuesta es **SI**, ¿en que fecha finalizó o en que fecha fué hecha esa ayuda única? _____

Salario mensual antes de deducir el impuesto:
_____ al mes

Ayuda económica de CalWORKs:
_____ al mes

Cantidad recibida por sustento al menor/cónyuge:
_____ al mes

Desempleo:
_____ al mes

Seguro Social
(no SSI/SSP) _____ al mes

Otro tipo de Ingresos Mensuales:

Paga usted por concepto de sustento al menor? No

Si _____ cada mes

Padre de familia #2

¿Está recibiendo ayuda económica de TANF o

CalWORKs? No Si

¿Ha recibido alguna vez ayuda económica de TANF o
CalWORKs? No Si

(Incluya aún si fué una sola vez. Solamente incluya la ayuda económica si usted, como padre de familia, está incluido)

Si su respuesta es **SI**, ¿en que fecha finalizó o en que fecha fué hecha esa ayuda única? _____

Salario mensual antes de deducir el impuesto:
_____ al mes

Ayuda económica de CalWORKs:
_____ al mes

Cantidad recibida por sustento al menor/cónyuge:
_____ al mes

Desempleo:
_____ al mes

Seguro Social
(no SSI/SSP) _____ al mes

Otro tipo de Ingresos Mensuales:

¿Paga usted por concepto de sustento al menor?

No Si _____ cada mes

RATIFICANDO LA INFORMACION

¿En qué área(s) del condado le gustaría encontrar un proveedor de cuidado infantil?

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comentarios: _____

- Certifico, bajo pena de perjurio, que la información antes proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Comprendo que mi elegibilidad se basa en la información proporcionada en esta aplicación y que la documentación que compruebe dicha información será necesaria para mi registro en el programa.
- Para permanecer dentro del listado de elegibilidad debo actualizar esta aplicación con cualquier cambio de empleo, entrenamiento, ingresos, domicilio, teléfono y número de integrantes en la familia.
- Esta aplicación permanecerá válida por 6 meses. Si después de los 6 meses, no actualizo esta aplicación, será borrada de la lista de espera.

Firma: _____

Fecha: _____

Favor de regresar esta aplicación por correo o en persona al:

San Diego County Child Care Centralized Eligibility List, 3333 Camino del Rio South, Suite 400, San Diego, CA 92108

**INFORMACION PARA LA ELEGIBILIDAD
INFORMACION DEL MENOR(ES)**

Menor número: _____

Relación del menor con el padre de familia #1:

Ninguna Natural/Adoptado(a)/Hijastro(a) Crianza (Foster) Bajo tutela

Relación del menor con el padre de familia #2:

Ninguna Natural/Adoptado(a)/Hijastro(a) Crianza (Foster) Bajo tutela

Primer Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Etnia: Blanco (No Hispano) Negro (No Hispano)
 Hispano Asiático o de las Islas del Pacífico
 Indio Americano o Nativo de Alaska Otro (incluyendo los de más de una raza)

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

¿Actualmente se encuentra el menor bajo el cuidado de un proveedor/guardería? No Si

Si su respuesta es **SI**, ¿cual es el nombre del proveedor/guardería?

¿Está el menor recibiendo cuidado infantil subsidiado? No Si

Si su respuesta es **SI**, ¿por medio de que agencia?

¿Se encuentra el niño inscrito en uno de los siguientes programas subsidiados?

Head Start No Si

CalWORKs No Si

Guardería Estatal No Si

Otro programa subvencionado por el CDD No Si

¿Este menor necesita el servicio de cuidado infantil? No Si

¿Esta el menor asistiendo a la escuela? No Si

Distrito Escolar: _____

Escuela: _____

Grado/año: _____

Este menor tiene necesidades especiales porque está: (Marque todas las que sean aplicables a este menor)

No tiene necesidades especiales Necesidades Excepcionales

Infante Impedimentos Severos

Servicios de Protección al Niño IEP

Niño Pequeño (comenzando a andar)

Incapacidad Diagnosticada y Certificada (Head Start)

¿Durante que horario necesita cuidado?

Tiempo Completo Tiempo Parcial Noche Fin de Semana

Educacion Preescolar de medio tiempo No Si