

CEL Application Spanish

ELIGIBILIDAD/APLICACIÓN DE LISTA DE ESPERA INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: Padre/Tutor

Fecha de Hoy: _____

PRIMER PADRE/TUTOR

Nombre: _____
 Inicial: _____
 Apellido: _____
 Dirección: _____
 Numero de Apartamento: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Tel. de Casa () _____
 Tel. del Trabajo () _____
 Mensajes/Pager/cell _____
 E-mail (opcional) _____
 El mejor numero para llamarlo es:
 Hogar Trabajo Mensajes/Pager/Cell
 La mejor hora de llamarle: _____
 ¿Se le puede llamar al trabajo? No Si
 Numero de Seguro Social del Padre: _____
 No tengo Numero de Seguro Social
 Fecha de nacimiento del padre: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 El 2do padre/tutor de al menos uno de los niños vive en la casa? No Si
 Estado civil: Soltero Casado
 ¿Usted habla Ingles? No Si
 ¿Cual es su lenguaje primario? _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR (aunque no viva con el niño)

Nombre: _____
 Inicial: _____
 Apellido: _____
 Dirección: _____
 Numero de Apartamento: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Tel. de Casa () _____
 Tel. del Trabajo () _____
 Mensajes/Pager/cell _____
 E-mail (opcional) _____
 El mejor numero para llamarlo es:
 Hogar Trabajo Mensajes/Pager/Cell
 La mejor hora de llamarle: _____
 ¿Se le puede llamar al trabajo? No Si
 Numero de Seguro Social del Padre: _____
 No tengo Numero de Seguro Social
 Fecha de nacimiento del padre: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 ¿Usted habla Ingles? No Si
 ¿Cual es su lenguaje primario? _____
 ¿Cuántos miembros de familia son? _____

Información DE LA FAMILIA: Status de necesidad de Cuidado Infantil

PRIMER PADRE/TUTOR

¿Esta empleado? No Si
 Promedio de horas que trabaja por semana: _____
 Empleado: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____

	L	M	Mi	J	V
Desde	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta	_____	_____	_____	_____	_____

 ¿Esta buscando empleo? No Si
 ¿Incapacitado? No Si
 ¿Esta en entrenamiento o escuela? No Si
 Escuela: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____

	L	M	Mi	J	V
Desde	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta	_____	_____	_____	_____	_____

 ¿Esta referido por la Agencia de Protección infantil o esta su niño en riesgo de abuso o negligencia? No Si
 ¿Esta participando en el Programa de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si
 ¿A usted participado en el Plan de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si
 Si indica que Si, ¿Cuándo fue la ultima fecha que recibió ayuda y/o cheque? _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR

¿Esta empleado? No Si
 Promedio de horas que trabaja por semana: _____
 Empleado: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____

	L	M	Mi	J	V
Desde	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta	_____	_____	_____	_____	_____

 ¿Esta buscando empleo? No Si
 ¿Incapacitado? No Si
 ¿Esta en entrenamiento o escuela? No Si
 Escuela: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____

	L	M	Mi	J	V
Desde	_____	_____	_____	_____	_____
Hasta	_____	_____	_____	_____	_____

 ¿Esta referido por la Agencia de Protección infantil o esta su niño en riesgo de abuso o negligencia? No Si
 ¿Esta participando en el Programa de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si
 ¿A usted participado en el Plan de CalWORKS Welfare-To-Work? No Si
 Si indica que Si, ¿Cuándo fue la ultima fecha que recibió ayuda y/o cheque? _____

INFORMACIÓN DE ELIBILIDAD
INFORMACIÓN DE ELIGIBILIDAD DEL INGRESO

PRIMER PADRE/TUTOR (Padre de crianza llene nada mas la parte de estipendio para padres de crianza)

Ingreso bruto:

_____ Mensualmente
o

Ingresos brutos del ultimo 1040:

_____ Recibidos

Ayuda Monetaria CalWORKs:

_____ Mensualmente

Manutención de niño/esposa/o:

_____ Mensualmente

Desempleo:

_____ Mensualmente

Seguro Social (no SSI/SSP)

_____ Mensualmente

Otro ingreso mensual:

¿Usted paga mantenimiento de hijos? No Si

_____ Mensualmente

¿Esta usted recibiendo ayuda monetaria? No Si

¿A usted recibido ayuda monetaria de AFDC, TANF o CalWORKs? No Si

(Esto incluye pagos de una sola vez. Unicamente incluye becas monetarias si usted, el padre, es incluido)

Si es si, ¿Cuándo es la fecha cuando termino la ayuda o cuando fue el ultimo pago? _____

Estipendio de Padres de Crianza: _____

SEGUNDO PADRE/TUTOR (Padre de crianza llene nada mas la parte de estipendio para padres de crianza)

Ingreso bruto:

_____ Mensualmente
o

Ingresos brutos del ultimo 1040:

_____ Recibidos

Ayuda Monetaria CalWORKs:

_____ Mensualmente

Manutención de niño/esposa/o:

_____ Mensualmente

Desempleo:

_____ Mensualmente

Seguro Social (no SSI/SSP)

_____ Mensualmente

Otro ingreso mensual:

¿Usted paga mantenimiento de hijos? No Si

_____ Mensualmente

¿Esta usted recibiendo ayuda monetaria? No Si

¿A usted recibido ayuda monetaria de AFDC, TANF o CalWORKs? No Si

(Esto incluye pagos de una sola vez. Unicamente incluye becas monetarias si usted, el padre, es incluido)

Si es si, ¿Cuándo es la fecha cuando termino la ayuda o cuando fue el ultimo pago? _____

Estipendio de Padres de Crianza: _____

INFORMACIÓN DE CONFIRMACIÓN

¿Esta usted actualmente en otra lista de espera de cuidado infantil? No Si

Si es si, ¿Qué agencias? _____

¿En que area(s) del condado le gustaría encontrar cuidado infantil?

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comunidad: _____ Código Postal: _____

Comunidad: _____ Código Postal: _____

COMENTARIOS ADICIONALES DEL PADRE

Información adicional o comentarios acerca de las necesidades de cuidado infantil: _____

DECLARACION

- *Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba es completa y verdad a lo mejor de mi conocimiento.*
- *Entiendo mi elegibilidad será basada sobre la información dada aquí y esa documentación será requerida en la inscripción.*
- *Para seguir estando activo en lista de la elegibilidad debo poner al día esta aplicación en cualquier cambio de empleo, el entrenamiento, la renta, la dirección, el teléfono, y tamaño de la familia.*
- *Esta aplicación sigue siendo válida por 6 meses. Si, después de 6 meses, no pongo al día esta aplicación, será removida de la lista que espera.*

Firma: _____

Fecha: _____

* La información fraudulenta, falsa, o engañosa proporcionada con el fin de obtener cuidado infantil subsidiado por el estado con respecto al empleo, renta, estado de estudiante, inscripción en un programa de entrenamiento, tamaño de la familia, o la elegibilidad a la incapacitación médica puede ser argumentos para la negación de servicios y de la in elegibilidad de los servicios por hasta 6 meses.

INFORMACIÓN DE ELIBILIDAD

INFORMACIÓN DEL NIÑO (Por favor de llenar una hoja por cada niño en su casa)

Relación del primer padre con el niño(a):

- Nada Natural/Adoptado/Hijastro de Crianza Tutor

Relación del segundo padre con el niño(a):

- Nada Natural/Adoptado/Hijastro de Crianza Tutor

Nombre: _____

Inicial: _____

Apellido: _____

Pertenencia étnica:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco (No Hispano) | <input type="checkbox"/> Negra (No Hispano) |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Asiático o Islas Pacíficas |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro (incluye niños de mas de una raza) |

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino ¿Esta entrenado para ir al baño? No Si

¿Esta en cuidado infantil actualmente? No Si

Si es **si**, ¿Cuál es el nombre del proveedor?

_____ No Si

¿Esta recibiendo cuidado infantil subsidiado?

_____ No Si

Si es **si**, ¿Durante que horas?

	L	M	Mi	J	V
Desde	____	____	____	____	____
Hasta	____	____	____	____	____

Variable

¿Este niño esta atendiendo a la escuela? No Si

Distrito Escolar: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Este niño necesita de cuidados especiales porque el o ella es: (Marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En riesgo por Negligencia, Abuso, o Explotación | <input type="checkbox"/> Deshabilitado Visualmente |
| <input type="checkbox"/> Sordo y Ciego | <input type="checkbox"/> Otros impedimentos de Salud |
| <input type="checkbox"/> No habla o esta limitado en Ingles | <input type="checkbox"/> impedimentos de Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Impedido del oido | <input type="checkbox"/> Deshabilitado múltiple |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de desarrollo | <input type="checkbox"/> Con impedimentos específicos en entendimiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Perturbado Emocional |

INFORMACIÓN DE ELIBILIDAD

INFORMACIÓN DEL NIÑO (Por favor de llenar una hoja por cada niño en su casa)

Relación del primer padre con el niño(a):

Nada Natural/Adoptado/Hijastro de Crianza Tutor

Relación del segundo padre con el niño(a):

Nada Natural/Adoptado/Hijastro de Crianza Tutor

Nombre: _____

Inicial: _____

Apellido: _____

Pertenencia étnica:

Blanco (No Hispano)

Hispano

Indio Americano o Nativo de Alaska

Negra (No Hispano)

Asiático o Islas Pacíficas

Otro (incluye niños de mas de una raza)

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino ¿Esta entrenado para ir al baño? No Si

¿Esta en cuidado infantil actualmente? No Si

Si es **si**, ¿Cuál es el nombre del proveedor?

¿Esta recibiendo cuidado infantil subsidiado? No Si

Si es **si**, ¿Cuál es el nombre del agencia?

¿Este niño necesita cuidado infantil? No Si

Si es **si**, ¿Durante que horas?

L M Mi J V

Desde _____

Hasta _____ Variable

¿Este niño esta atendiendo a la escuela? No Si

Distrito Escolar: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Este niño necesita de cuidados especiales porque el o ella es: (Marque todos los que apliquen)

En riesgo por Negligencia, Abuso, o Explotación

Sordo y Ciego

No habla o esta limitado en Ingles

Impedido del oido

Impedimento de desarrollo

Problemas de lenguaje

Sordo

Deshabilitado Visualmente

Otros impedimentos de Salud

impedimentos de Ortopedia

Deshabilitado múltiple

Con impedimentos específicos en entendimiento

Problemas de Comportamiento

Perturbado Emocional

Por favor regresar esta aplicación por correo o en persona

USO DE LA OFICNA

Fecha inicial: _____ Actualización #2: _____ Actualización #3: _____ Actualización #4: _____

Priority Status: _____

Rank: _____

Comentarios: _____
